

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

964

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Claude, René ARON

né le 5 avril 1936 à LEIPZIG (Allemagne)

Externe des Hôpitaux de Paris)

Présentée et soutenue publiquement le :

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE
A PROPOS DE TRENTE QUATRE CAS SUIVIS
A LA CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE DE LA MATERNITÉ
DE L'HÔPITAL SAINT ANTOINE

Président : Mr J. VARANGOT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.VI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Claude, René ARON

né le 5 avril 1936 à LEIPZIG (Allemagne)

Externe des Hôpitaux de Paris)

Présentée et soutenue publiquement le :

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE
A PROPOS DE TRENTE QUATRE CAS SUIVIS
A LA CONSULTATION DE GYNECOLOGIE DE LA MATERNITE
DE L'HOPITAL SAINT ANTOINE

Président : Mr J. VARANGOT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

UNIVERSITY OF LEIDEN

THESE

DOCTORAL IN MEDICINE

BY

CH. J. VAN NELLE

DE IN 2 DECEMBER 1880 (Amsterdam)

DEUTSCHE UNIVERSITÄT



ON THE CONSTITUTION OF THE LIVER IN THE
A PROOF OF THE THEORY OF THE
A LA COMPARAISON DE L'ÉTAT DE LA NÉCESSITÉ
DE L'ÉTAT DE LA NÉCESSITÉ

THESE DE L. VAN NELLE, 1880.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^{re} CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LELONG (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	COSTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	ROUX (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	PADOVANI (P.)
Clinique toxicologique	DOMART (A.)
Clinique traumatologique	POILLEUX (F.)
Sémiologie médicale	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	TURPIN (R.)
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BADLIEU Et. m. conf.	Pathologie chirurgicale	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGÉ (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COUJARD (R.), pr. s. ch.		
Histologie	MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBÉY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.) DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMÉLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes chers Parents,

faible témoignage de ma reconnaissance

et de ma profonde affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550215_0038

A ma Femme,

A mes Frères,

A mes Beaux-parents,

Affectueusement.

A Monsieur le Professeur VARANGOT,

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale,

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, respectueux
hommage.

A Monsieur le Professeur MAYER,

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'Honneur,

qui nous a confié ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre sincère gratitude pour la grande
bienveillance qu'il nous a témoignée au
cours de la très profitable année que nous
avons passée dans son service.

A nos Maîtres d'Externat :
(par ordre chronologique)

Monsieur le Docteur LARGET, Chirurgien de l'hôpital de
Saint Germain en Laye.

Monsieur le Docteur BRETON, Médecin de l'hôpital de Saint-
Germain en Laye.

Monsieur le Docteur SALET, Médecin des hôpitaux de Paris,

Monsieur le Docteur TRICOT, Médecin des hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur DENOIX, Directeur de l'Institut
Gustave Roussy,

Nous nous efforcerons de nous montrer
digne de la valeur de leur enseignement.

A Monsieur le Docteur CALJENEN,

qui a bien voulu nous guider dans l'élaboration
de ce travail.

A Monsieur le Docteur ALBERT,

Chirurgien de l'Hôpital d'Orsay,

Respectueusement.

INTRODUCTION

=====

L'endométriose fait actuellement l'objet de très nombreux travaux et d'importants progrès, portant à la fois sur le diagnostic et la thérapeutique, ont été réalisés au cours des dix dernières années.

Notre travail porte sur 34 cas d'endométriose pelvienne diagnostiqués, et pour la plupart traités, à la Consultation de Gynécologie de la Maternité de l'Hôpital Saint Antoine (service de M. le Professeur Agrégé M.MAYER) entre 1953 et 1962.

Ce ne sont pas là tous les cas d'endométriose vus à la Consultation pendant cette période, mais uniquement ceux dont les observations nous ont paru fournir des renseignements suffisamment complets pour permettre leur publication. Par ailleurs, nous avons volontairement laissé de côté trois cas où l'examen histologique montrait qu'il s'agissait d' " endosalpingiose ", en raison des discussions que soulèvent les rapports de cette forme avec l'endométriose.

Nous avons voulu rapporter ces observations dans leur intégralité, en mentionnant souvent des détails sans rapport direct avec l'endométriose, au risque de rendre parfois leur lecture un peu fastidieuse. Mais il nous a semblé donner ainsi un reflet plus fidèle des très nombreuses circonstances qui amènent ces malades à consulter et des difficultés du diagnostic ; la lecture d'un certain nombre d'observations de la littérature, présentées de façon plus schématique, et orientées vers l'étude d'un point précis,

qu'il s'agisse de la dysménorrhée, de la stérilité ou de la thérapeutique, nous a donné l'impression que parfois elles présentaient une image inexacte de la réalité.

Cette étude, portant sur une période de neuf ans, nous a semblé intéressante en ce qu'elle montre l'évolution qui s'est produite dans la conception de la maladie, au cours de ces dernières années : elle débute en effet à une période essentiellement chirurgicale, où le diagnostic était le plus souvent posé lors de la laparotomie et le traitement, dans la plupart des cas, une intervention radicale ou conservatrice ; actuellement, au contraire, le diagnostic est le plus souvent posé par la coelioscopie ou par l'hystéroggraphie, et le traitement médical est de plus en plus employé, la chirurgie étant réservée aux échecs de la thérapeutique hormonale ou à certaines indications bien précises.

OBSERVATION I

Madame Gi... Hélène, alors âgée de 33 ans, consulte pour la première fois le 11.10.1958, pour une stérilité primaire. Elle mariée depuis 7 ans, ne pratique aucune forme de contraception.

Ses règles sont apparues à 12 ans ; cycle de 26-27 jours ; les règles durent 2 jours, elles sont abondantes avec des caillots et douloureuses le premier jour.

Dans les antécédents : appendicectomie

électrocoagulation du col en 1954

Elle se plaint en outre d'une dyspareunie.

A l'examen, on est d'abord frappé par une pilosité de type masculin, avec losange pubien et hypertrichose des membres inférieurs. Au toucher vaginal, l'utérus est en rétroversion très peu mobile, de volume normal. Les culs de sac sont souples, les annexes non perçues.

On pratique :- une biopsie d'endomètre qui révèle une imprégnation oestrogénique excessive.

- une hystérographie qui révèle des trompes normalement perméables, une cavité utérine un peu agrandie avec un endomètre polypeux.

- un spermogramme du mari qui est normal.

Au mois de février 1959, elle présente une cystite hémorragique que les examens urologiques prouvent être à germes banaux. Mais ceci fait que l'étude de sa stérilité n'est reprise qu'en Avril.

Une deuxième hystéroggraphie reproduit l'aspect de la première sauf un passage péritonéal moins net à gauche.

On pratique alors une coelioscopie : " l'utérus présente un myome de la taille d'une noisette à la face postérieure du corps.

A gauche, la trompe est augmentée de volume, repliée sur elle-même, avec des adhérences ovariennes, probablement obturée au pavillon.

A droite, l'ovaire et la trompe sont normaux, mais celle-ci adhère à la face postérieure du ligament large ".

On décide donc d'intervenir.

Compte rendu opératoire (2.6.1959) : "l'intervention confirme en gros la coelioscopie. On pratique l'ablation du myome.

A droite on libère facilement la trompe de ses adhérences au ligament large. A gauche, les adhérences sont importantes entre la trompe, l'ovaire et la paroi postérieure. Après libération de ces adhérences, on constate que l'ovaire est normal. Mais, en libérant ces adhérences, on s'aperçoit qu'il s'agit très vraisemblablement d'une endométriose, reconnaissable à de petites zones bleutées à tendance rétractile. Pour éviter que les annexes ne retombent dans les zones déperitonisées, on pratique une suspension de l'utérus à l'aide du péritoine vésical".

Une insufflation est pratiquée deux semaines environ après l'intervention et révèle un passage normal.

Cette malade consulte à nouveau le 1.9.1959, toujours pas enceinte. Bien que le taux des 17 céstéroïdes se fut révélé normal (8,2 mg/24 h) elle reçoit alors un traitement par la delta-cortisone. Mais dès le début du traitement, elle devient enceinte.

La grossesse se déroula normalement, sauf quelques métrorragies qui entraînèrent une hospitalisation dans le service pendant quelques jours en Janvier 1960. Elle accoucha normalement, à terme, le 26.6.1960, d'un enfant pesant 3800 g actuellement bien portant.

Cette malade a été revue le 25.1.1962. Les règles, toujours aussi régulières sont devenues moins douloureuses. Par contre, la dyspareunie persiste. Et, malgré son désir, elle n'a pu devenir enceinte une deuxième fois.

A l'examen, l'hypertrichose persiste. L'examen du pelvis est normal.

OBSERVATION II

Madame Be....Colette, alors âgée de 40 ans, consulte pour la première fois le 10.5.1958 pour des ménorragies.

Elle présente par ailleurs un cycle régulier de 30 jours avec un important syndrome prémenstruel, où les symptômes psychiques sont prédominants.

Elle a eu deux grossesses normales en 1950 et 1953.

A l'examen, l'utérus est gros et un peu dur, dévié à droite. Le col présente un gros ectropion saignant facilement. Le frottis de Papanicolaou étant classe I elle subit une électrocoagulation du col.

L'hystéroggraphie révèle une cavité agrandie et attirée à droite ; une hyperplasie muqueuse.

L'abstention chirurgicale est décidée et elle reçoit des doses faibles d'androgènes. Les ménorragies sont contrôlées de façon satisfaisante jusqu'en Mars 1960.

Mais à ce moment, on note que le volume de l'utérus a considérablement augmenté, atteignant la taille d'un pamplemousse; l'utérus est en outre polylobé.

On décide alors l'intervention qui est pratiquée le 3.5.1960 :

" Il s'agit en réalité d'une endométriose avec :

à gauche un volumineux kyste séreux inclus dans le ligament large et développé dans le méso-sigmoïde ;

à droite un kyste goudron adhérent à la face postérieure du ligament large ;

On note en outre une endométriose des deux ligaments utéro-sacrés ; l'utérus est sensiblement normal.

On pratique une hystérectomie sans conservation ovarienne ".

Compte-rendu anatomopathologique : "Utérus gros, scléreux, avec nombreux microkystes de structure histologique banale; nombreux foyers d'endométriose ovarienne et mésosalpingienne typique; par ailleurs, sur un ovaire, un kyste séreux banal".

Les suites opératoires furent normales. Depuis ce moment, elle a été revue à deux reprises pour des bouffées de chaleur, mais ne présente plus aucun trouble en rapport avec son endométriose.

OBSERVATION III

Madame Ca...Mireille, alors âgée de 26 ans, consulte le 5.3.1953 pour une stérilité primaire.

Antécédents: les règles, apparues à 11 ans, surviennent régulièrement tous les 28 jours, durent 4 jours, sont indolores.

- en 1952, péritonite plastique englobant tout le petit bassin, d'origine non déterminée.

La patiente, mariée depuis 6 ans et ne pratiquant aucune forme de contraception, n'a jamais pu devenir enceinte. Pas de dyspareunie.

On pratique : - une série de frottis fonctionnels qui révèle une hyperoestrogénie.

- une hystérographie qui montre une cavité normale, et des trompes perméables.

Mais la patiente ne fait pas pratiquer les autres examens (biopsie d'endomètre, test cervical post-coital) qui étaient envisagés.

Elle est revue le 26.10.1959, alors âgée de 32 ans, ayant changé de conjoint, ce dernier ayant déjà des enfants. Elle se plaint, à ce moment, de métrorragies après aménorrhée d'un mois et demi.

L'examen révèle une masse pelvienne indolore, molle, un peu irrégulière, du volume d'un utérus de 4 mois et demi environ, comblant les culs de sac latéraux. La réaction biologique de grossesse est négative. A l'intervention on constate qu'il s'agit d'une " grossesse extra-utérine, avec un hématome rétro-utérin " Annexeomie droite.

L'histologie montre " une trompe oedémateuse et infarctée ; un ovaire qui présente en plusieurs points de sa corticale des îlots assez typiques d'endométriase, avec assez forte réaction déciduale et nombreux macrophages chargés de pigment ocre de résorption sanguine ".

Cette malade a été revue le 8.2.1962. Elle va parfaitement, ses règles sont toujours régulières et indolores. Mais elle n'a pas eu d'enfant. L'examen clinique est entièrement normal.

OBSERVATION IV

Madame Ca...Marcelle, âgée de 35 ans, ayant eu deux grossesses normales, consulte le 23.5.1960 pour leucorrhées.

Ses règles surviennent régulièrement tous les 28 jours, durent 2-3 jours, indolores.

L'examen au spéculum, révèle un très gros ectropion, qui est confirmé par la colposcopie. Elle subit une électrocoagulation au 5^e jour du cycle (11/6/1960).

Le 12.9.1960, on note que la cicatrisation est complète.

Le 18.11.1960, on note, sur le col, des zones rouges en saille et la colposcopie confirme l'existence de trainées rouges vif d'hémorragie sous épithéliales.

L'examen biopsique confirme l'existence d'une endométriose cervicale.

On propose à la malade une nouvelle électrocoagulation. Celle-ci n'ayant pas été pratiquée, lors du dernier examen, les lésions persistaient inchangées (18/1/1962).

A noter que chez cette malade, il n'a jamais été trouvé d'autre foyer d'endométriose; l'hystérogaphie, pratiquée en Novembre 1960, s'est révélée tout à fait normale.

OBSERVATION V

Madame Sa...Mircillo, alors âgée de 37 ans, vient consulter pour la première fois en Mai 1960 afin de déterminer la conduite à tenir vis à vis d'un kyste ovarien découvert en ville.

Elle se plaint d'une sensation de pesanteur abdominale.

Par ailleurs, elle présente un cycle menstruel régulier de 28 jours, les règles sont indolores et durent 4-5 jours. Elle a eu deux grossesses normales (1943 et 1946) et trois fausses couches spontanées.

A l'examen, il s'agit d'une tumeur à développement gauche; au toucher la masse est régulière, arrondie, dure, du volume d'une tête de nouveau-né. Il pouvait s'agir d'un kyste de l'ovaire, soit d'un myome à développement antérieur.

L'hystéroggraphie ne montra rien d'anormal.

L'intervention fut pratiquée le 5.5.1960 : " il s'agit d'un volumineux kyste hématique (endométriiose ?) de l'ovaire droit inclus dans le ligament large. Il existe également un foyer d'endométriiose dans le ligament utéro-sacré gauche. Par ailleurs, l'utérus, l'ovaire et la trompe gauches sont normaux. On pratique une annexectomie droite avec résection de la corne utérine ".

Compte rendu anatomopathologique : " ce kyste fait partie intégrante de l'ovaire dont le tissu fonctionnel est très réduit. La paroi interne de ce kyste est bordée par un épithélium unistratifié souvent ulcéré et desquamé, reposant sur un feutrage conjonctif où il existe des hémorragies et une grande quantité de pigment ocre de résorption sanguine. Ce tissu est lui même entouré d'un tissu fibrohyalin.

Bien qu'on ne trouve pas de tubes glandulaires typiques ni de chorion cytogène caractéristique, on peut néanmoins penser qu'il s'agit de la bordure interne d'un kyste d'endométriiose ovarienne.

Mais, fait assez peu fréquent, cette bordure muqueuse est en outre cernée par une grande quantité de tissu musculaire lisse, plus ou moins dissocié par une certaine sclérose. En fin de compte, cet aspect dont l'ensemble est très proche de l'adénomyome utérin.

Les fragments de la trompe et de la corne utérine sont normaux " .

Les suites opératoires ont été normales. Revue deux mois après l'intervention, la malade allait bien.

OBSERVATION VI

Madame Bl...Paulette, alors âgée de 33 ans, est opérée le 18.11.1959 pour un kyste de l'ovaire gauche, découvert à l'occasion de douleurs très vives, apparues à la fin des règles et ayant duré 3-4 jours.

Antécédents : - puberté à 13 ans.

- règles tous les 31 jours, durant 5 à 6 jours, d'abondance normale, mais douloureuses les deux premiers jours.

- deux grossesses normales, mais le deuxième enfant est décédé (circulaire du cordon ?)

Compte-rendu opératoire: " à gauche, il existe une grosse tumeur kystique de l'ovaire à contenu chocolat. Adhérences de l'ovaire à la face postérieure du ligament large gauche, de l'utérus et du rectum.

A droite, la trompe est normale; l'ovaire est porteur d'une tuméfaction du volume d'une mandarine, comportant une cavité remplie d'un liquide séreux, une autre de liquide chocolat; cet ovaire est libre de toute adhérence.

L'utérus est charnu, sans trace d'endométriiose visible. Le cul de sac de Douglas est comblé à gauche par le magma adhérentiel.

Décollement de l'ovaire gauche, difficile à extérioriser; on tente de décoller le rectum de l'utérus mais on n'insiste pas en raison de l'absence de tout plan de clivage. Section de l'ovaire à 1 cm environ de son hile; suture de la tranche de section : une quantité notable de parenchyme ovarien est ainsi respectée.

A droite, même attitude : l'ovaire est respecté presque en totalité.

Compte-rendu histologique : " L'ovaire gauche est le siège de kystes typiques d'endométriose avec des tubes glandulaires et un stroma de type endométrial. En certains points, cet épithélium glandulaire prend une différenciation salpingienne. Le reste du parenchyme ovarien est normal.

L'ovaire droit, par contre, est indemne d'endométriose, mais il est porteur d'un volumineux corps jaune hémorragique ".

Cette malade a été revue le 25.1.1962. A la suite de l'intervention, elle n'a plus souffert pendant un an et demi; ses règles étaient indolores, elle ne présentait pas de dyspareunie.

Mais depuis Septembre 1961, elle présente quelques douleurs et des ménorragies. Une hystérogaphie a été pratiquée en dehors du service qui montre un utérus un peu gros, mais régulier, un passage tubaire normal des deux côtés; aucune image pouvant évoquer une endométriose. Elle a reçu un traitement par Stenandiol qui a amené une amélioration. A l'examen, l'utérus est un peu gros, antéposé, irrégulier; le cul de sac gauche est souple, mais le cul de sac droit est rétracté et on perçoit une masse de volume d'une mandarine, régulière indolore ; par ailleurs les ligaments utéro-sacrés sont souples.

On peut envisager plusieurs hypothèses : kyste de l'ovaire ?
récidive d'endométriose ? ovaire fonctionnel ?
Devant les résultats du traitement par le Stenandiol, on décide de le poursuivre en surveillant la malade.

OBSERVATION VII

Madame La...Fortunée, âgée de 26 ans, consulte le 8.1.1962 pour stérilité secondaire.

Les premières règles sont apparues à l'âge de 14 ans; elles surviennent tous les 28 jours, durent 6 jours, sont abondantes et peu douloureuses. Elle s'est mariée à 18 ans, et a présenté à ce moment une fausse couche spontanée au terme de 3 mois qui a entraîné un curettage.

Par ailleurs, aucun antécédent médical; appendicectomie en 1955.

A l'examen, l'utérus est normal légèrement rétrofléchi; les annexes droites sont normales; le cul de sac vaginal gauche est un peu rétracté l'ovaire perçu.

L'hystérographie révèle une oblitération tubaire bilatérale complète, une cavité utérine distendue et, semble-t-il, des modifications plastiques périutérines.

L'insufflation, sous antispasmodique, ne révèle aucun passage.

L'intervention est décidée.

Compte-rendu opératoire : " incision de PFANNENSTIEL.

L'utérus apparaît un peu petit, en position intermédiaire.

Les trompes sont extérieurement saines des cornes aux pavillons dont les franges sont normales. L'ovaire gauche adhère au feuillet postérieur du ligament large. Libération au doigt. Les deux ovaires sont de taille et de volume normaux. Insufflation per opératoire; passage franc et net des deux côtés.

Dans le cul de sac de Douglas, on note quelques petits points bleuâtres particulièrement au niveau du ligament utéro-sacré droit.

Prélèvement. De même, à la face postérieure de l'isthme utérin, existe une zone rétractile, évoquant une endométriose.

Fermeture sans drainage ".

Compte-rendu histologique : " il s'agit de quelques tubes glandulaires à épithélium cylindrique unistratifié, entourés d'un chorion cytogène plus ou moins abondant, réalisant une muqueuse endométriale plus ou moins typique, hyperplasique.

En outre, ces ilots glandulaires sont cernés par un tissu musculaire lisse, abondant.

Ces aspects réalisent un foyer d'adénomyose ".

OBSERVATION VIII

Madame Ol...Alice, alors âgée de 35 ans, consulte pour la première fois le 8.7.1958 pour une dysménorrhée progressivement croissante depuis un an, les douleurs siégeant dans la fosse iliaque et la région lombaire gauches, apparaissant dès le début de l'écoulement menstruel, évoluant par paroxysmes qui durent une heure environ. Ces douleurs empêchent parfois la malade de se rendre à son travail. On ne note pas syndrome prémenstruel, ni de dyspareunie, ni de métrorragies.

Antécédents : - puberté à 11 ans.

- cycle de 28 jours; les règles durent 3 jours, elles ont longtemps été abondantes et indolores.

- à l'âge de 20 ans, une grossesse normale; depuis malgré l'absence de toute contraception, elle n'a jamais pu devenir enceinte.

- à 26 ans elle subit une annexectomie gauche pour kyste de l'ovaire.

A l'examen, M. le Professeur MAYER constate un utérus antéposé, mobile; un cul de sac gauche très profond; un ovaire droit un peu gros.

Elle est revue lors de la période prémenstruelle et on note une sensibilité extrême de la corne utérine gauche.

On pratique une hystérographie qui est normale.

Une coelioscopie est pratiquée par le Docteur CHARTIER le 16.10. 1958 : " Cavité pelvienne libre. Annexe gauche enlevée. A droite, l'ovaire est normal, la trompe également, mais son pavillon n'est pas vu. Il n'y a pas d'endométriiose du cul de sac de Douglas.

Par contre, il existe un foyer extrêmement net à la face postérieure de l'isthme utérin ".

Elle est mise à : Androtardyl 100 mg au 8è et 50 mg au 18è jour du cycle.

Le 13.1.1959, elle consulte à nouveau; le traitement a été suivi pendant trois mois; les règles ont été indolores. Mais il existe des effets secondaires des androgènes : augmentation importante de la libido, hyperpilosité, affaissement mammaire, qui obligent à interrompre le traitement.

La malade n'est revue que le 5.1.1960, c'est à dire après un an; les phénomènes douloureux ont disparu pendant neuf mois, puis ont réapparu identiques à ceux de l'année 1958. L'examen clinique est négatif. Elle est mise au traitement de la " pseudo-grossesse " : association d'Acétate de Norprogéstérone et de Diethylstilboestrol à doses croissantes.

Elle présente alors une aménorrhée de 2 mois. Le 11.3.1960, les règles reparaissent malgré la poursuite du traitement. A l'examen, les seins sont un peu tendus, le visage bouffi, l'utérus a le volume d'une grossesse de deux mois.

Le 13.3.1960, elle présente une hémorragie importante avec des débris tissulaires, " analogue au retour de couches " dit la malade. A l'examen on constate l'issue de pus et de débris d'odeur fétide par l'endocol. Elle est traitée par les antibiotiques. Le traitement hormonal est poursuivi.

Le 28.4.1960, à la fin du 3ème mois de traitement, une biopsie de l'endomètre est pratiquée qui révèle une " transformation déciduale presque parfaite au niveau du chorion cytogène, alors que l'épithélium a été moins affecté par l'imprégnation lutéale ".

La malade n'est revue que le 8.2.1962. Après l'arrêt du traitement, les règles ont été indolores pendant deux mois, puis la dysménorrhée a repris, siégeant à gauche, apparaissant le 1^o jour des règles

durant 3 jours. En outre, elle a présenté des troubles psychiques avec idées de suicide pour lesquels elle a reçu des tranquillisants qui ont amélioré non seulement son état nerveux, mais également sa dysménorrhée.

Elle ne présente pas de dyspareunie, ni de métrorragies; par contre, un léger syndrome intermenstruel. Elle n'a pas eu de grossesse depuis l'âge de 20 ans.

A l'examen, les paramètres sont souples, l'ovaire droit est perçu, un peu douloureux; l'utérus est un peu gros, mais mobile et en position intermédiaire.

On peut penser que l'endométriose est éteinte mais qu'il persiste un état neurotonique très important qui explique la dysménorrhée.

OBSERVATION IX

Madame Fa...Claude, âgée de 28 ans, consulte pour la première fois le 12.10.1960 pour dysménorrhée et dyspareunie.

Antécédents : - puberté à 12 ans.

- les règles surviennent tous les 28-29 jours, durent 6 à 7 jours, sont abondantes; par ailleurs, depuis le début de l'année 1960 elles sont devenues intensément douloureuse les deux premiers jours de l'écoulement.

- En 1955, une grossesse normale ; depuis ce moment elle n'a pas pu devenir enceinte.

- Enfin, en 1960 elle a subi une électrocoagulation du col.

A l'examen, au 13ème jour du cycle, l'utérus est augmenté de volume, ferme, irrégulier, défléchi, sensible mais mobile. Le cul de sac vaginal droit est normal, mais à gauche on trouve une masse du volume d'une petite mandarine rénitente, indolore. Il existe en outre, de petites granulations sur la cloison rectovaginale.

La colposcopie montre, outre l'existence d'une ectopie infectée, un amas de gros grains durs à la jonction du cul de sac postérieur et de la lèvre postérieure du col. Au niveau de ces lésions, l'épithélium est normal mais surélevé, sauf en un point où apparaît une élevation bleutée caractéristique de l'endométriase.

L'hystérographie montre une cavité agrandie, déformée par une myomatose murale et sous muqueuse. La trompe droite n'est pas injectée. La trompe gauche est injectée normalement, mais il existe à son niveau une image d'accumulation autour de l'ampoule, évoquant des phénomènes plastiques périampullaires. IL n'y a pas d'image caractéristique d'endométriase.

Le 13.12.1960, M. le Professeur MAYER considérant l'ensemble des signes fonctionnels, physiques et colposcopiques, pose le diagnostic d'endométriiose et décide une coelioscopie.

Celle-ci, pratiquée le 26.1.1961 par le Docteur DUBOST révèle :

" un utérus rond; un ovaire gauche très gros avec une tache noire; la trompe gauche est mal vue. La trompe droite paraît collée en arrière et à droite de l'utérus ".

La malade est mise au traitement par la " pseudo-grossesse " : Acétate de Norprogestérone et Diethylstilboestrol à doses croissantes. Mais, avant le début du traitement, elle subit un curettage au décours des règles: " endomètre au stade prolifératif légèrement hyperplasique accompagné de quelques formations polypoides, au stroma assez scléreux, qui répondent de façon excessive à la stimulation oestrogénique " (1.2.61).

Elle est traitée ainsi pendant quatre mois. A la fin du traitement, alors que la malade est aménorrhéique depuis le mois de Janvier, on trouve un utérus remontant à cinq travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne; les nodules du cul de sac postérieur se sont affaissés; il n'existe plus de masse annexielle (24.5.1961).

Le traitement est interrompu le 1.6.1961. Les règles apparaissant le 6.6. d'abondance normale, très peu douloureuses, s'accompagnant d'une importante montée laiteuse. Le 21.6.1961, on note que l'utérus est revenu à un volume normal mais que les nodules du cul de sac postérieur sont plus saillants et plus sensibles que le mois précédent.

Cette malade n'est revue que le 27.9.1961 Elle est aménorrhéique depuis le 11.7, et présente une grossesse clinique de deux mois. Il persiste quelques granulations dans le cul de sac postérieur.

OBSERVATION X

Madame Go... Jeanine, âgée de 26 ans, primipare, obèse, toxémique, subit une césarienne à terme le 29.5.1956.

Par ailleurs, elle présentait un cycle régulier, des règles indolores durant 4-5 jours.

Compte-rendu opératoire : " extraction d'un enfant de 3660 g, criant après désobstruction. Délivrance.

On remarque : 1° - La minceur du segment inférieur, très peu musculaire et fragile.

2° - En examinant les annexes, on constate qu'il existe une solution de continuité de la trompe droite, faisant penser à une grossesse ectopique spontanément interrompue et résorbée. On résèque cette partie de la trompe entre deux ligatures au lin. Hémostase. Enfouissement de l'un des bouts ".

Compte-rendu histologique : " Il s'agit d'une endométriose péritonéale ayant subi l'influence hormonale de la grossesse.

OBSERVATION XI

Mademoiselle Bo...Marie-Anne, âgée de 32 ans consulte pour la première fois le 20.12.1956 pour dysménorrhée et dyspareunie.

Elle présente un cycle régulier de 28 jours, les règles sont normales dans leur abondance et leur aspect, mais, depuis 6 mois, la malade souffre le jour qui précède l'écoulement et le premier jour de celui-ci. Par ailleurs, elle présente un syndrome prémenstruel se manifestant surtout par un ballonnement abdominal, et quelques bouffées de chaleur.

L'examen découvre un très gros myome du corps utérin, développé dans le cul de sac droit. L'utérus est mobile; les annexes ne sont pas perçues.

Compte-rendu opératoire (Professeur MAYER, le 20.12.1956) :

" Incision de Pfannenstiel. L'utérus est grossièrement déformé par des myomes multiples dont le plus important est du volume d'un pamplemousse, atteignant le fond et le bord latéral droit. Il existe d'autres myomes en avant et en arrière de la corne gauche, sur la face postérieure du corps. Myomectomie sans incident.

A gauche, l'ovaire présente un kyste ayant tous les caractères d'une endométriose ovarienne; on peut décoller le kyste et conserver la partie proximale du tissu ovarien qui est saine. L'annexe droite n'est pas touchée.

Difficultés d'hémostase sur la face postérieure de l'utérus qui adhère au rectum par des lésions d'endométriose. On persiste cependant dans la conservation utérine et ovarienne. On termine par une reposition antérieure de l'utérus obtenue à la fois par raccourcissement des ligaments ronds et couverture du fond utérin par le péritoine sus vésical. Fermeture sans drainage ".

L'examen histologique révèle un fibrome banal; l'examen du kyste n'a pas pu être retrouvé.

OBSERVATION XIII

Mademoiselle Be...Yvonne, âgée de 35 ans consulte pour la première fois le 29.11.1956, pour des douleurs abdominales et des leucorrhées épaisses parfois sanguinolentes.

Antécédents : - puberté à 12 ans.

- cycle régulier de 26-27 jours; les règles durent 3 jours, elles sont peu abondantes et indolores.

- aucune grossesse, mais elle est célibataire.

- électrocoagulation du col en 1950.

A l'examen, le col apparaît normal au spéculum; au toucher, le corps est de volume normal, rétroposé, peu sensible, les annexes sont normales.

On pratique une colposcopie qui montre " un col d'aspect sain, avec sur la lèvre antérieure de petites taches blanchâtres, légèrement en relief. Au Lugol tout le col est iode négatif à contours nets ".

Le frottis de Papanicolaou est classe II.

En Février 1957, l'aspect est identique. Une biopsie, pratiquée en pleine zone iode négative, révèle une " dysplasie bénigne à surveiller ".

Mais le 15.3.1957, le frottis est classe III. La malade subit alors une conisation du col. L'examen histologique de la pièce opératoire ne révèle toujours aucun signe de malignité.

Le 2.10.1957, la malade consulte à nouveau pour des métrorragies minimales mais presque quotidiennes. La colposcopie révèle, à 12 h, une érosion vraie qui saigne. Le frottis est classe II.

On pratique une biopsie qui ne montre toujours aucun signe de malignité.

Une hystérographie est également pratiquée qui ne révèle aucune image anormale.

Le 13.12.1957, on pratique une large électrocoagulation du col.

La cicatrisation est très lente. La malade présente plusieurs métrorragies.

Le 22.5.1959, la colposcopie révèle l'existence de petits hématomes du col qui sont biopsiés : il s'agit d'une endométriose du col.

Ces ilots sont électrocoagulés le 10.6.1959.

Mais le 4.3.1960, on note l'apparition de nouveaux ilots.

OBSERVATION XIII

Madame Lo...Suzanne, alors âgée de 37 ans, consulte le 21.12.1954, pour des douleurs abdominales.

Antécédents : - premières règles à 14 ans.

- cycle de 28 jours; les règles durent 7 jours, elles sont abondantes et douloureuses le 1er jour.

- en 1946, une grossesse et un accouchement normal .
Depuis ce moment, malgré l'absence de toute forme de contraception, elle n'a jamais pu devenir enceinte.

- en 1954, elle subit l'exérèse d'un adénome thyroïdien

Cette femme venait consulter pour des crises douloureuses hypogastriques siégeant surtout à droite, évoluant depuis trois mois, non améliorées par 12 séances de diathermie ; en outre, elle se plaignait de dyspareunie et de frigidité.

A l'examen, le corps utérin est très augmenté de volume, vraisemblablement fibromateux; l'annexe droite est également augmentée de volume, il semble exister un hydrosalpinx; en outre ,le cul de sac de Douglas est douloureux, les ligaments utéro-sacrés sont sensibles. En conclusion, il existe une myomatose, associée peut être à une endométriose. On pratique une hystérographie qui confirme l'existence de l'hydrosalpinx.

On intervient le 20.1.1955 : "-Un volumineux kyste de l'ovaire droit de volume d'un pamplemousse prolabé dans le cul de sac de Douglas, avec de nombreuses adhérences; sur la trompe droite existe un kyste à contenu chocolat ; on pratique une annexectomie droite.

- à gauche, deux kystes ovariens de la taille d'une prune et d'une noix; résection ovarienne intéressant le plus gros des kystes.

- on constate par ailleurs de petits noyaux bleutés dans le ligament large ".

Compte-rendu histologique : - ovaire gauche : kyste dont la paroi lisse est formée d'éléments thécaux plus ou moins abondants mêlés à du tissu fibreux.

- ovaire droit : fragment d'ovaire fibreux et oedématié présentant de nombreux points hémorragiques , quelques corpus albicans. Les cavités hémorragiques sont souvent bordées par un épithélium cylindrique rappelant plus ou moins celui de l'endomètre. Les formations glanduliformes sont rares ; l'épithélium est assez souvent sus-jacent à des dépôts d'hémosidérine. Par ailleurs, le chorion cytogène est peu abondant. Il n'y a pas de formation typique de muqueuse utérine mais néanmoins on peut dire qu'il s'agit d'endométriase ".

A la suite de l'intervention, la patiente ne ressentit aucun trouble pendant deux ans. En 1957, elle présente quelques métrorragies qui sont traitées par les androgènes.

Depuis ce moment, elle va bien, les règles sont très peu douloureuses, mais la dyspareunie a persisté; l'examen clinique est sensiblement normal.

OBSERVATION XIV

Madame Gr...Odette, alors âgée de 32 ans consulte pour la première fois le 12.3.1957 pour stérilité primaire.

Antécédents : - premières règles à 13 ans.

- cycle de 31 à 33 jours; les règles durent 8 jours, sont indolores.

- il existe parfois une métrorragie minime au milieu du cycle.

- elle est mariée depuis 5 ans, n'a présenté ni grossesse ni fausse couche. Par ailleurs, elle se plaint d'une dyspareunie.

A l'examen, l'utérus est en rétroversion peu mobile, de volume normal; l'ovaire droit est un peu gros.

On pratique : - une série de frottis hormonaux qui sont normaux.

- une biopsie de l'endomètre qui révèle une muqueuse hyperplasique dont l'imprégnation oestrogénique est excessive et l'imprégnation par la progestérone trop faible.

- une hystérosalpingographie qui montre : " un utérus dévié à droite, déformé; la trompe droite est normale, la trompe gauche est allongée, s'enroulant autour d'une masse probablement ovarienne, dilatée, mais semblant perméable ".

- un test cervical post-coital qui est déficient.

La malade est opérée le 4.6.1957 (Docteur HERVE) :

" Utérus en rétroversion fixé par une organisation fibreuse du fond du cul de sac de Douglas, attirant le rectum et occupant la cloison recto-vaginale.

Il s'agit d'une endométriose pelvienne. Les annexes gauches sont prolabées dans le cul de sac de Douglas et très adhérentes : l'ovaire est porteur de petits kystes qui, ouverts, laissent sourdre quelques gouttes de sang brunâtre.

A droite, l'ovaire est porteur d'un kyste lutéinique.

On pratique une résection ovarienne bilatérale, une ovaropexie et une ligamentopexie ".

L'examen histologique révèle l'existence d'une endométriose ovarienne tout à fait typique; par ailleurs, les ovaires sont encapsulés dans une coque scléreuse.

A la suite de l'intervention, l'état de la malade est bon pendant un an et demi environ; l'examen révèle cependant un gros ovaire droit. Le 8.11.1958, elle est hospitalisée à nouveau pour une très violente douleur abdominale, prédominant à gauche, survenue au 21ème jour du cycle sans métrorragies ni lipothymie. Au toucher, on trouve une masse gauche du volume d'un pamplemousse, rénitente, peu mobile, comblant tout le cul de sac. La douleur disparaît lors de l'apparition des règles, mais la masse semble plus dure.

On considère qu'il s'agit d'une récurrence d'endométriose que l'on traite par les androgènes.

Ce traitement est poursuivi pendant 13 mois (Novembre 1958 à Décembre 1959). Pendant cette période, la malade ne souffre pas, la masse gauche disparaît mais il apparaît une masse à droite, qui disparaît à son tour en quelques mois. En Décembre 1959, l'examen ne révèle que des ovaires un peu gros; mais il existe des signes de surcharge androgène (raucité de la voix, augmentation très importante de la libido) qui obligent à suspendre cette thérapeutique.

Elle est revue à plusieurs reprises au cours de l'année 1960 : en l'absence de tout traitement, elle ne souffre pas, l'examen ne montre pas de modification. Mais le 3.1.1961, on note l'apparition de douleurs prémenstruelles et, à l'examen, une annexe droite augmentée

de volume. La malade est remise au traitement androgène.

Il est suivi pendant 3 mois, avec une certaine amélioration.

La malade est ensuite perdue de vue, et traitée en ville ; elle n'est revue que le 18.1.1962 : une intervention sur un kyste de l'ovaire droit lui a été proposée, et elle désire un avis. Elle se plaint de " points douloureux " du côté droit. L'examen montre un utérus un peu gros, et, à droite, une masse kystique rénitente du volume d'une orange, mobile et indolore; les paramètres sont très souples.

On conseille à la malade une coelioscopie pour vérifier la nature de la masse et l'extinction, qui est probable, de l'endométriiose; au cas où l'endométriiose est éteinte, l'ablation du kyste devrait être pratiquée; dans le cas contraire, un traitement par la "pseudo-grossesse" devrait être mis en oeuvre.

OBSERVATION XV

Madame Bi...Jacqueline, âgée de 39 ans, consulte le 13.2.1961 pour une dysménorrhée, un syndrome intermenstruel se manifestant par des douleurs et quelques métrorragies, et surtout pour des métrorragies provoquées par les rapports.

Son cycle est irrégulier, ses règles peu abondantes et très douloureuses. Elle a eu en 1942 une grossesse normale se terminant par un accouchement à terme. En 1954, elle subit une annexectomie gauche pour une grossesse extra-utérine. Depuis, malgré l'absence de contraception, elle n'est jamais devenue enceinte.

A l'examen, le col est porteur d'oeufs de Naboth; au toucher, le corps utérin est de volume normal mais peu mobile, les culs de sac manquent de souplesse.

On pratique un frottis de Papanicolaou qui est classe III; deux nouveaux frottis sont également classe III.

L'hystérographie montre une cavité de forme et de volume normaux, avec dans la région cervicale, un diverticule évoquant l'endométriiose; le moignon de la trompe gauche est injecté; surtout, il existe au niveau de la trompe droite une image framboisée très évocatrice, ainsi, qu'une tache résiduelle au niveau de la logette ovarienne.

La colposcopie montre un exocol sain; une biopsie est pratiquée qui ne révèle aucune lésion suspecte.

Un quatrième frottis étant classe II, on pratique une coelioscopie: " il existe, sur la face postérieure du corps utérin, deux myomes utérins au voisinage de la corne droite. Le cul de sac de Douglas et le cul de sac vésico-utérin sont libres. A gauche, le fragment de trompe est épaissi, il existe deux petites hydatides au niveau du mésosalpinx.

A droite, la trompe présente une coudure importante, avec deux renflements dont le plus important, distal, évoque un hydrosalpinx. Il existe des adhérences de la trompe du ligament rond d'une part, à la paroi pelvienne d'autre part. L'ovaire droit est de volume normal, en bonne position. En outre, on note la présence de sang assez récent entre trompe et ovaire droits, avec des processus rétractiles très évocateurs de l'endométriiose ".

La coelioscopie confirme donc le diagnostic. La malade est mise au traitement par " l'anovulation provoquée ", mais celui-ci est poursuivi peu de temps car il est mal toléré, malgré l'emploi de formes diverses de Norprogestatifs.

La malade subit, en dehors du service, une hystérectomie subtotale avec conisation du col, et une annexectomie droite.

L'examen histologique de la pièce opératoire montra :

- plusieurs endométriomes du myomètre .

- en périphérie de l'ovaire, des formations kystiques ne présentant pas suffisamment de caractères pour être appelés des endométriomes.

OBSERVATION XVI

Madame Br...Madeleine, âgée de 49 ans, consulte pour la première fois le 28.10.1960 pour une aménorrhée de quatre mois suivie d'une période de métrorragies de huit jours.

Antécédents : - puberté à 10 ans.

- cycle de 28 jours; les règles durent normalement 8 jours et sont douloureuses lors du début de l'écoulement.

- deux grossesses normales (1937 et 1939) et une fausse couche spontanée curettée.

A l'examen, le col est gros remanié; l'utérus est multilobé, de la taille d'un pamplemousse : utérus fibromateux.

Le frottis de Papanicolaou et la colposcopie ne révèlent pas de lésion suspecte.

La malade n'est revue qu'un an plus tard, le 18.10.1961; elle est aménorrhéique depuis Novembre 1960, mais les métrorragies persistent. On pratique un nouveau frottis de Papanicolaou : classe I.

une hystérographie qui montre une cavité agrandie, dont la lumière présente de nombreux diverticules: adénomyose évidente.

une biopsie d'endomètre qui révèle une muqueuse normale sans aucune suspicion de malignité.

L'intervention est pratiquée le 16.11.1961 : "hystérectomie totale en deux temps, avec annexectomie bilatérale; l'utérus est volumineux, de la taille d'une tête de fœtus, étalé et mou; le col est gros, renflé en barillet; les annexes sont normales".

L'examen histologique montre: - des lésions de cervicite, avec présence d'un petit léiomyome cervical;

- une importante hyperplasie adénomateuse kystique du corps utérin.

OBSERVATION XVII

Madame Om....Simone, âgée de 29 ans consulte pour la première fois le 4.11.1959, pour une spanioménorrhée et une dysménorrhée.

Antécédents : - puberté à 14 ans.

- cycle de 30 jours; les règles durent 2 jours;

- deux grossesses normales (1953 et 1956) et une fausse couche spontanée, non curettée, en 1957.

La dysménorrhée a toujours existé, mais elle s'est accentuée de façon importante depuis sa dernière grossesse; elle prédomine du côté gauche; en même temps sont apparues une spanioménorrhée et une obésité progressive. Elle a fait l'objet d'un traitement par diathermie et de diverses thérapeutiques hormonales, sans aucune amélioration.

L'examen clinique ne révèle rien d'anormal. On pratique une biopsie d'endomètre qui ramène une muqueuse normale, et deux frottis hormonaux qui sont un peu hyperactifs. On se contente de prescrire des décongestifs pelviens.

Elle est revue trois mois plus tard : les cycles ont été de longueur normale, mais la dysménorrhée a persisté. L'examen clinique ne montre toujours aucune anomalie.

Une coelioscopie est alors pratiquée, à la recherche d'une endométriose (1.3.1960) : " l'utérus et les deux trompes sont normaux; l'ovaire adhère, à gauche, au ligament utéro-sacré qui présente une zone bleutée d'endométriose; le ligament utéro-sacré et l'ovaire droits sont également le siège de lésions d'endométriose.

La malade est mise au traitement par la " pseudo-grossesse ", à partir du 23.3.1960. Sous traitement, des hémorragies apparaissent le 15.4. et le 2.5, cette dernière étant vraisemblablement liée à

une privation en hormone; elles s'accompagnent de douleurs rappelant la dysménorrhée; en outre la malade présente une intolérance digestive. A l'examen, (11.5) l'utérus est de la taille d'une grosse orange, il est dur ; on note une annexe gauche augmentée de volume.

Le 13.5, elle consulte à nouveau. Le traitement ayant été suspendu, elle présente ses véritable règles de Mai. Elle se plaint par ailleurs d'une douleur intense de la fosse iliaque gauche.

L'examen trouve une masse annexielle gauche douloureuse : il s'agit vraisemblablement d'une poussée d'endométriiose ovarienne.

Elle est traitée par les androgènes et les antispasmodiques.

OBSERVATION XVIII

Madame Pl....Ernestine, âgée de 30 ans, consulte le 24.5.1954, afin de déterminer la conduite à tenir vis à vis d'une masse annexielle droite découverte en ville à l'occasion de pesanteurs de la fosse iliaque droite.

Elle présente un cycle régulier de 30 jours ; les règles durent 3 jours, elles sont peu abondantes et indolores. Elle n'a jamais été enceinte, mais n'est mariée que depuis trois mois lors de sa première consultation.

A l'examen (13ème jour du cycle), l'utérus est de volume normal, un peu mou; mais il existe, dans le cul de sac droit, une masse tendue, lisse, de consistance nettement différente de celle de l'utérus.

La réaction biologique de grossesse étant négative, on intervient le 24.6.1954 : " il existe, à droite , un kyste hématique du volume d'un melon; à gauche, un kyste hématique du volume d'un pamplemousse. On pratique une hystérectomie subtotale sans conservation ovarienne".

L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'une endométriose.

OBSERVATION XIX

Mademoiselle Ba...Micheline, âgée de 26 ans, consulte pour la première fois le 11.12.1959 pour polyménorrhée et dysménorrhée.

Depuis sa puberté, survenue à 11 ans, les règles surviennent tous les 15 à 21 jours, durant 6 à 8 jours; elles sont abondantes et très douloureuses, la douleur débutant deux jours avant le début de l'écoulement et allant en augmentant jusqu'au troisième jour de celui-ci. Cette dysménorrhée a considérablement augmenté depuis trois mois. La malade a déjà reçu, sans résultat, différents traitements hormonaux.

Au toucher rectal (vierge), on note, au niveau de la corne gauche, une masse mobile, douloureuse, du volume d'un oeuf de pigeon, semblant indépendante de l'utérus.

Revue le lendemain, alors que les règles sont apparues, cette masse n'est pas retrouvée, mais l'examen est très douloureux.

Une coelioscopie est pratiquée le 17.12.1959, donc au 5ème jour du cycle : " utérus et annexes normaux; par contre, il existe dans le cul de sac vésico-utérin une petite rétraction avec une ponctuation bleuâtre, caractéristique d'endométriiose ".

La malade est alors mise au traitement par l'anovulation provoquée. Mais il ne peut être poursuivi plus de deux mois, la malade se plaignant de douleurs abdominales, de troubles nerveux et de vomissements.

OBSERVATION XX

Madame Pa...Rolande, âgée de 49 ans, ménopausée depuis six mois, consulte le 11.3.1961 pour des douleurs pelviennes très violentes, évoluant depuis trois mois, des métrorragies minimales mais récidivantes, et des leucorrhées abondantes.

Antécédents : - les règles survenaient régulièrement tous les 29 jours, abondantes et douloureuses;

- elle avait eu 5 grossesses et 9 fausses couches provoquées.

A l'examen, le col paraît sain, mais saigne au contact. Le toucher vaginal révèle un utérus et des annexes normaux.

On pratique un frottis de Papanicolaou qui est classe III.

L'hystéroggraphie montre une cavité agrandie, irrégulière, ayant un aspect marécageux tant au niveau de l'isthme que du fond utérin : donc image suspecte.

La colposcopie confirme l'aspect normal du col. Une biopsie est cependant pratiquée, qui ne révèle aucun aspect de malignité, mais une endométriose cervicale.

Deux nouveaux frottis de Papanicolaou sont classe II.

On pratique un curettage biopsique qui révèle une endométrite non spécifique.

OBSERVATION XXI

Madame Si...Christiane, âgée de 29 ans consulte le 28.9.1956, pour des leucorrhées existant depuis son accouchement en 1952.

Ses règles surviennent tous les 28 jours, sont indolores et durent 5 jours.

L'examen au spéculum montre deux petits grains noirâtres sur la lèvre antérieure du col, qui est par ailleurs sain. Le toucher vaginal ne révèle pas de modification de l'utérus et des annexes.

La colposcopie révèle qu'il s'agit d'une endométriose cervicale dont une biopsie apporte la preuve histologique.

Une hystéroggraphie, pratiquée le 1.3.1957, ne montre pas d'autre localisation de l'endométriose.

OBSERVATION XXII

Madame No....Aline, consulte le 9.1.1957 pour des métrorragies assez abondantes, non provoquées, apparues depuis trois ans. Par ailleurs, les véritables règles apparaissent tous les 30 jours, d'abondance moyenne.

Elle n'a jamais eu d'enfant; en 1954, elle a présenté une fausse couche à six semaines de grossesse, qui a été curettée. C'est environ trois mois après cette fausse couche que sont apparues les métrorragies.

L'examen clinique ne montre rien d'anormal. On pratique un frottis de Papanicolaou qui est classe I.

A la colposcopie, on note un petit cratère ulcéré à 2h, saignant, entouré d'une collerette blanchâtre avec un pointillé rouge.

Ces lésions prennent faiblement le Lugol. En outre, il existe un saignement provenant de l'endocol. On pratique une biopsie des zones suspectes qui révèle l'existence d'une endométriose du col ulcérée et infectée.

Celle-ci n'est pas considérée comme l'origine des métrorragies. Une hystéroggraphie révèle une cavité légèrement agrandie et déformée par une myomatose diffuse, et une polypose de l'isthme et du col.

OBSERVATION XXIII

Madame Pe...Jeannø, âgée de 25 ans, consulte pour la première fois le 21.2.1956, pour une dysménorrhée.

Elle présente un cycle régulier de 28 jours; les règles durent 6 Jours, elles sont d'abondance normale, mais très douloureuses, surtout depuis son mariage, trois mois auparavant.

L'examen révèle une masse du volume d'une orange, tendue, assez douloureuse, avec à son pôle inférieur une zone ligneuse, très irrégulière, du côté droit. Il s'agit vraisemblablement d'un kyste de l'ovaire.

L'intervention est pratiquée le 18.3.1956 (Docteur HERVE) :

" il existe non pas un kyste unique, mais des kystes bilatéraux (à droite, de la taille d'une mandarine). Il s'agit de kystes goudrons d'endométriose ovarienne; il existe peut être également une endométriose appendiculaire. Adhérences intimes au cul de sac de Douglas et au rectum. On conserve de chaque côté une très petite portion d'ovaire (2 cm de large x 1 cm d'épaisseur).

Appendicectomie avec enfouissement ".

L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'une endométriose ovarienne et appendiculaire.

La malade n'est revue que 4 ans plus tard (Décembre 1960), pour des douleurs abdominales siégeant surtout à gauche; l'examen révèle une masse latéro-utérine gauche, du volume d'une mandarine, douloureuse; par ailleurs, il existe une induration des ligaments utéro-sacrés. Le diagnostic de récurrence d'endométriose est porté et un traitement par l' "anovulation provoquée" est institué. Ce traitement est poursuivi sans interruption pendant trois mois, au cours desquels la malade, aménorrhéique, ne souffre pas. Il est arrêté le 11.3.1961.

A la suite de ce traitement, la dysménorrhée disparaît pendant deux cycles, l'examen est sensiblement normal.

Mais le 13.5.1961, on trouve une masse postéro-latérale droite, collée à l'utérus, du volume d'une cerise et très sensible.

Une hystérographie est alors pratiquée qui montre un myome du bord gauche, et sur l'extrémité de la trompe gauche, une image de rétention évoquant un hydrosalpinx.

OBSERVATION XXIV

Madame Ma...Jofrette, âgée de 41 ans, ayant eu deux accouchements normaux, consulte le 8.10.1958, pour un myome découvert à l'occasion de ménorragies.

A l'examen, l'utérus est porteur d'un myome du corps utérin, développé aux dépens de la corne gauche, de la taille d'une orange. Par ailleurs, la corne gauche est douloureuse.

L'hystérographie révèle seulement un utérus myomateux dans son ensemble.

L'intervention est pratiquée le 25.10.1956 : "Médiane. L'utérus est porteur d'un myome de la taille d'une orange. Les ovaires, prolabés dans le cul de sac de Douglas présentent une endométriose importante avec des adhérences multiples au cul de sac. On pratique une hystérectomie totale sans conservation ovarienne".

L'examen histologique montre, outre un fibrome banal, une endométriose ovarienne plus ou moins typique suivant les points examinés.

OBSERVATION XXV

Madame La...Paulette, âgée de 48 ans, consulte le 30.6.1960, pour des douleurs abdomino-pelviennes et lombaires, et des ménorragies.

Elle présente depuis 4 à 5 mois des cycles irréguliers et des règles abondantes et douloureuses.

Elle a eu trois accouchements normaux en 1931, 1934 et 1938 et une fausse couche en 1935. Depuis son dernier accouchement, elle pratique la contraception.

A l'examen, l'utérus est gros, dur et irrégulier.

L'hystérogaphie confirme qu'il s'agit d'un utérus myomateux .

Le frottis de Papanicolaou est classe II.

L'intervention est décidée avec le diagnostic de myome associé à une endométriose.

Compte-rendu opératoire (26.7.1960) : " l'utérus est augmenté de volume est porteur d'un fibromyome de la taille d'une petite mandarine. D'autre part, il existe une endométriose de la face postérieure de l'utérus. On pratique une hystérectomie totale sans conservation ovarienne ".

Compte-rendu histologique : " confirmation de l'aspect macroscopique : myomes banaux et endométriose myométriale; sur les ovaires de nombreux microkystes germinatifs corticaux et un kyste folliculaire fonctionnel ".

OBSERVATION XXVI

Mademoiselle Ba...Elisabeth, âgée de 27 ans, consulte le 18.6.1960 pour dysménorrhée.

Elle présente un cycle régulier de 26 à 27 jours; les règles durent 5-6 jours, mais, depuis un an, se prolonge pendant 4 à 5 jours par un écoulement rosé; elles sont de plus en plus douloureuses, la douleur apparaissant 48 h. avant le début de l'écoulement menstruel et persistant pendant toute la durée de celui-ci.

Au toucher vaginal, on trouve une masse latéro-utérine mal délimitée et une masse postérieure sensible, faisant corps avec l'utérus, de la taille d'une amande, saillant dans le rectum. Il peut s'agir soit d'un myome, soit d'une endométriose.

On pratique une biopsie d'endomètre qui montre un endomètre un peu hyperplasique, au stade sécrétoire moyen, avec une imprégnation oestrogénique légèrement excessive.

La malade est revue le 6.10.1960. Les douleurs ont augmenté depuis le mois de Juin.

A l'examen, l'utérus est rétroposé, bloqué; il existe une masse para-utérine gauche, mollassse; surtout, on note une masse postérieure irrégulière et dure; la cloison recto-vaginale est souple et indolore. On pratique une coelioscopie qui révèle une endométriose péritonéale diffuse.

OBSERVATION XXVII

Madame La...Anna, âgée de 35 ans, consulte pour la première fois le 17.11.1959, pour une stérilité primaire.

Elle présente un cycle de 24 jours; les règles durent 4 à 5 jours, elles sont d'abondance normale et indolores. Mariée à l'âge de 20 ans, elle n'est jamais devenue enceinte. Elle ne présente pas de dyspareunie.

Une hystéroggraphie, faite en ville, a révélé une oblitération des deux trompes. Elle a été traitée par des instillations de Cortisone et de Hyaluronidase, mais sans résultat.

A l'examen (M. le Professeur MAYER) l'utérus paraît normal, les annexes sont perçues des deux côtés. L'abstention chirurgicale est conseillée. On pratique une biopsie d'endomètre qui ramène une muqueuse normale.

La malade est revue un an plus tard et une coelioscopie est pratiquée le 27.7.1960 par le Docteur CHARTIER:

" utérus normal, mais noyau isthmique d'endométriase; l'ovaire gauche est normal, mais sur la trompe, on trouve un kyste; la trompe droite est normale, l'ovaire non vu".

L'intervention est décidée.

Compte-rendu opératoire : " Médiane. Après libération des adhérences épiplo-utérines, on constate que l'aspect est conforme à celui de la coelioscopie. Il existe des noyaux bleutés sur les deux cornes. On pratique une résection puis une implantation tubo-utérine bilatérale ".

L'examen histologique confirme l'existence d'une endométriase tubaire bilatérale.

Dans les suites, on pratique une hystérosalpingographie qui révèle une perméabilité des deux trompes.

La malade n'est revue que le 18.11.1962. La stérilité persiste,

il n'existe toujours ni dysménorrhées, ni dyspareunie.
L'examen clinique est normal.

OBSERVATION XXVIII

Madame Si...Gilberte, âgée de 34 ans, consulte en Octobre 1960 pour une dysménorrhée, s'accompagnant de troubles du comportement et de prurit vulvaire; elle présente également des leucorrhées pendant les 8 jours qui précèdent les règles.

Par ailleurs, elle présente un cycle régulier de 28 jours, les règles durent 8 jours. Elle a accouché trois fois: 1948, 1949 et 1953 (gemellaire).

Une coelioscopie est pratiquée le 4.11.1960; elle révèle une endométriose du ligament utéro-sacré droit.

OBSERVATION XXIX

Madame Go...Marguerite, âgée de 38 ans, consulte le 3.5.1960 pour des leucorrhées.

Elle présente un cycle irrégulier de 21 à 30 jours; les règles sont d'abondance variable, elles durent 10 jours.

Elle a eu une grossesse normale en 1947 ; en 1956, elle a subi une électrocoagulation du col; et en 1957, elle a été opérée d'urgence, et une appendicectomie, une salpingectomie bilatérale et une ovariectomie gauche ont été pratiquées (?); c'est depuis ce moment que les règles sont irrégulières.

L'examen clinique est normal.

A la colposcopie, on trouve autour de l'orifice cervical trois ou quatre lésions surélevées, rouges groscille ou noirâtres, très évocatrices d'une endométriose. La biopsie apporte la confirmation histologique.

OBSERVATION XXX

Madame La...Denise, âgée de 34 ans, consulte pour dysménorrhée et stérilité primaire.

Elle présente un cycle régulier de 26 jours ; les règles sont d'abondance normale, durent 5 jours et sont de plus en plus douloureuses, les douleurs n'apparaissant que le 3ème jour de l'écoulement.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus myomateux; l'ovaire droit est gros; les annexes et le cul de sac de Douglas, ainsi que la cloison recto-vaginale sont normaux; par contre, l'accrochage des deux ligaments utéro-sacrés sont douloureux.

L'hystérographie montre, outre un utérus myomateux, une trompe droite d'aspect muriforme sur tous les clichés; à gauche l'image est normale. Il existe donc de fortes présomptions en faveur d'une endométriose. Une coelioscopie est pratiquée: " l'utérus est normal, la trompe gauche également, la trompe droite est moniliforme ; les deux ovaires sont normaux. En outre, il existe du sang dans le cul de sac de Douglas: sang des règles ? ou endométriose ? "

La coelioscopie ne permet donc pas d'affirmer le diagnostic.

On pratique une biopsie d'endomètre qui révèle un léger excès de stimulation oestrogénique, et l'absence de réaction inflammatoire spécifique.

Etant donné les signes fonctionnels et l'hystérographie, la malade est considérée comme une endométriose et mise au traitement par la " pseudo-grossesse ".

OBSERVATION XXXI

Madame Ec... Jacqueline, âgée de 27 ans, consulte pour la première fois le 6.9.1960 pour une dysménorrhée.

Antécédents : - puberté à 13 ans

- cycle régulier de 28 jours; les règles durent 7 jours sont douloureuses le premier jour.

- en 1952, fausse couche provoquée au terme de 3 mois, ayant entraîné un curettage.

- en 1959, appendicectomie; elle aurait subi à ce moment l'ablation d'un kyste de l'ovaire droit.

La dysménorrhée, dont souffre cette malade, semble avoir toujours existé, mais elle s'est accentuée depuis 2 à 3 mois, se manifestant actuellement par des douleurs profondes, siégeant surtout à droite, s'accompagnant d'une pollakiurie, de douleurs rectales avec épreintes. Par ailleurs, elle présente des douleurs abdominales au 14ème jour du cycle. Enfin, elle s'inquiète de ne pas être enceinte, alors qu'elle est mariée depuis trois ans.

A l'examen, l'utérus est rétroversé, peu mobile et dévié à gauche; les annexes sont normales.

L'hystéroggraphie ne révèle qu'une muqueuse hyperplasique.

La biopsie d'endomètre ramène une muqueuse dont l'imprégnation oestrogénique est excessive.

La malade est traitée pendant deux mois par les androgènes, mais sans résultat. Devant cet échec, une coelioscopie est pratiquée par le Docteur CHARTIER : "à la face postérieure de l'isthme utérin, on trouve des gouttelettes sanglantes et oedémateuses : endométriose quasi certaine; les annexes et l'utérus sont normaux".

OBSERVATION XXXII

Madame Ch...Monique, âgée de 36 ans, consulte le 20.2.1962 pour stérilité primaire.

Elle présente un cycle de 26 jours, les règles durent 3 jours, sont peu abondantes.

A l'âge de dix ans, elle a subi une cure de hernie inguinale gauche.

Elle est mariée depuis un an, a des rapports quotidiens; son mari est en bonne santé, n'a jamais eu d'enfants.

A l'examen; l'utérus est normal, antéversé. Le cul de sac vaginal droit est normal, le cul de sac gauche est empâté.

L'hystéroggraphie révèle, outre une muqueuse un peu hyperplasique, une trompe gauche fine, déliée, mais dont l'ampoule est en massue, sans passage péritonéal, et une trompe droite perméable, dont la partie interstitielle présente une image diverticulaire, caractéristique d'une endométriose.

Une coelioscopie est pratiquée le 6.3.1962 (Docteur DUBOST) :

" utérus de volume normal, dont la corne droite présente une tuméfaction blanchâtre du volume d'une petite noix ;
annexes gauches : la trompe se perd sur un gros kyste ovarien; le parenchyme ovarien n'est pas vu;
annexes droites : la trompe, de volume normal, disparaît dans un pli sigmoïdien, on ne peut voir le pavillon; l'ovaire est aperçu au milieu d'adhérences qui descendent dans le cul de sac de Douglas; la face postérieure du ligament large droit présente des nodules blanchâtres ".

La coelioscopie, sans apporter une certitude, permet cependant, associée à l'hystéroggraphie, de poser le diagnostic d'endométriose.

OBSERVATION XXXIII

Madame Po...Olivia, âgée de 33 ans, consulte pour dysménorrhée et dyspareunie.

Cette dysménorrhée est variable dans son intensité et son horaire.

Dans les antécédents : - une grossesse normale en 1948.

- l'ablation d'un kyste hémorragique de l'ovaire (côté?) en 1955.

L'examen révèle un " blindage " de tout le pelvis.

La coelioscopie est pratiquée le 4.9.1961 :

" utérus normal rétrofléchi; à droite, la trompe paraît normale, sans que la perméabilité tubaire puisse être affirmée formellement, l'ovaire est normal avec un petit kyste folliculinique du pôle supérieur; à gauche, il existe un aspect indiscutable d'endométriose derrière le repli soulevé par le ligament rond, on retrouve également du sang dans le cul de sac de Douglas près de l'ovaire droit".

La coelioscopie apporte donc la preuve de l'endométriose; la malade est traitée par la "pseudo-grossesse" pendant trois mois avec une amélioration considérable, tant du point de vue des signes fonctionnels que des constatations cliniques.

OBSERVATION XXXIV

Madame Vi....Irène, âgée de 30 ans, consulte pour la première fois le 15.6.1960 pour stérilité secondaire.

Antécédents : - puberté à 14 ans

- cycle régulier de 30 jours; les règles sont normales et durent 4 jours.

- en 1951, elle a accouché normalement d'une fille qui est décédée en 1959 d'une encéphalite.

- aucun antécédent médical.

L'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

Les frottis hormonaux sont normaux; la biopsie d'endomètre au 24ème jour du cycle ramène une muqueuse au stade sécrétoire, dont l'imprégnation est un peu excessive.

L'insufflation tubaire montre un passage normal.

L'hystéroggraphie révèle une cavité utérine normale, des trompes perméables; mais il existe, sur la partie proximale de la trompe gauche une image chevelue qui évoque un processus d'endométriose.

Le test cervical post coital et le spermogramme sont normaux.

On conseille à la malade la prise d'un antispasmodique au moment des rapports.

Elle n'est revue que le 14.1.1962. Le traitement a été efficace, elle est devenue enceinte, mais cette grossesse s'est terminée par un avortement tubaire (6.2.1961) à gauche; la trompe était intacte. Elle consulte à nouveau pour stérilité. L'examen clinique ne s'est pas modifié.

On pratique une nouvelle hystéroggraphie : la cavité utérine est normale ; il existe un hydrosalpinx droit avec un petit diverticule à la jonction ampullo-isthmique ; la trompe gauche est perméable, mais il existe une image chevelue de la portion évoquant une endométriose.

Une coelioscopie est pratiquée le 14.2.1962 : " utérus normal, il existe des adhérences utéro-ovariennes ; la trompe gauche présente un nodule blanchâtre, de la taille d'une noisette, boursouflant sa partie interne près de l'abouchement de la corne gauche, son pavillon n'est pas visible ; l'ovaire gauche est porteur d'un kyste bleuté lisse : kyste fonctionnel ? ou kyste hématique ? A droite, la trompe présente, dans son tiers interne, un petit nodule blanchâtre, son pavillon n'est pas visible ; l'ovaire est blanc lisse, de volume normal. Le cul de sac de Douglas et les ligaments utéro-sacrés sont normaux.

La coelioscopie ne permet donc pas d'affirmer l'endométriose sur le seul aspect des trompes ".

Cependant, en tenant compte des résultats de l'hystéroggraphie et de la coelioscopie, on peut considérer l'endométriose, sinon comme certaine, du moins comme probable. En conséquence, la malade a été mise au traitement par la "pseudo-grossesse".

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE A PROPOS

DE CES TRENTE QUATRE OBSERVATIONS.

Ces trente quatre cas d'endométriose pelvienne ont été suivis, rappelons-le, à la Consultation de Gynécologie de la Maternité de l'Hôpital Saint Antoine, entre 1953 et 1962.

Nous ne rapportons qu'une partie des cas vus à la Consultation pendant cette période, et, de ce fait, on ne peut tirer de cette étude d'indication sur la fréquence de la maladie. Il nous a cependant semblé que le nombre des cas découverts allait en augmentant d'année en année; ceci est dû sans doute, en grande partie, à la pratique de plus en plus fréquente de l'hystérosalpingographie et de la coelioscopie; mais de nombreux auteurs signalent une augmentation de la fréquence propre de la maladie.

La moyenne d'âge de ces femmes était de trente quatre ans; mais, si on fait abstraction des six cas d'endométriose cervicale qui posent des problèmes particuliers, tant pathogéniques que diagnostiques et des cas d'adénomyose qui sont souvent découverts aux abords de la ménopause, l'âge moyen des cas d'endométriose externe est de trente deux ans ce qui est légèrement plus précoce que l'âge moyen trouvé par la plupart des auteurs.

Notre étude comportera trois parties :

- 1° - Considérations sur le diagnostic de l'endométriose.
- 2° - Le traitement chirurgical et ses résultats.
- 3° - Considérations sur la stérilité dans l'endométriose.

CONSIDERATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE.

I. LA CLINIQUE

Elle retiendra assez peu notre attention; en effet, les symptômes et les signes d'examen ont été parfaitement décrits par de nombreux auteurs; en outre, la clinique est généralement insuffisante pour affirmer le diagnostic.

Nous étudierons à part les six observations d'endométriose cervicale qui méritent une place particulière en raison de leur symptomatologie et de l'examen complémentaire auquel elles font appel, la coelioscopie.

A - Quels étaient les troubles dont se plaignaient ces femmes ?

Il s'agissait avant tout de douleurs :

La dysménorrhée fut le symptôme le plus fréquent. Elle existait chez 18 de nos malades. Cette dysménorrhée était le plus souvent acquise et progressive : parfois la malade racontait qu'elle avait toujours souffert lors de ses règles, mais que ces douleurs s'étaient accentuées de façon importante au cours des mois ou des années précédents. Cette dysménorrhée était également le plus souvent intense et rebelle. Par contre, nous n'avons trouvé que très rarement le caractère "tardif" classiquement décrit : la plupart de nos malades présentaient des douleurs du premier ou des deux premiers jours, ou parfois seulement un syndrome prémenstruel (cas II); dans le cas XXX cependant, il n'existait de douleur qu'à partir du troisième jour de l'écoulement.

Il faut remarquer que la dysménorrhée ne fut pas toujours la raison de leur venue à la Consultation, et que seul un interrogatoire très complet fut capable, chez des femmes venues consulter pour une stérilité ou des hémorragies, de la mettre en évidence.

Cinq femmes vinrent consulter en raison de douleurs abdominales sans rapport avec les règles; mais chez trois de ces cinq femmes l'interrogatoire révélait en outre une dysménorrhée.

Quatre femmes se plaignaient de dyspareunie, mais ce n'était jamais la raison unique de leur venue à la Consultation.

Les douleurs sont donc, et de loin, le trouble rencontré le plus fréquemment chez les malades atteintes d'endométriose.

Neuf femmes vinrent consulter pour stérilité, primaire dans six cas, secondaire dans trois cas. En fait, à la lecture des observations, on s'aperçoit que six autres femmes, mariées et ne pratiquant aucune forme de contraception, présentaient également une stérilité, primaire dans un cas, secondaire dans cinq cas. Donc, sur 28 malades (les six cas d'endométriose cervicale étant toujours exclus) 15 présentaient une stérilité primaire ou secondaire.

Six femmes présentaient des hémorragies: dans trois cas, il s'agissait de ménorragies, mais chez ces trois malades, une myomatose était associée à l'endométriose; dans les trois autres cas, il s'agissait de métrorragies, qui, dans un cas tout au moins s'expliquaient par une lésion associée, une grossesse extra-utérine (cas III). Ceci nous a semblé confirmer l'opinion de nombreux auteurs, qui pensent que les hémorragies au cours de l'endométriose ne sont le plus souvent que la manifestation d'une lésion associée.

Enfin deux malades venaient consulter pour une masse abdominale qui n'entraînait qu'une sensation de pesanteur.

Nous voyons ainsi, et bien que le nombre des observations soit relativement faible, toute la diversité des circonstances qui

amènent ces femmes à consulter.

B - L'examen clinique n'occupe, dans le diagnostic de l'endométriose qu'une place relativement limitée. En effet, si ces constatations sont susceptibles, dans certains cas, de faire évoquer le diagnostic, elles ne sont que très rarement suffisantes pour l'affirmer. Certes, l'existence de nodules sur les ligaments utéro-sacrés, ou d'une douleur lors de leur accrochage, la perception de "grains de plomb" enchâssés dans la cloison recto-vaginale sont des arguments de forte présomption; mais, bien souvent l'examen clinique ne donnera que des renseignements d'interprétation difficile, par exemple lorsqu'il ne révélera que de gros ovaires; ou bien il ne montrera que des lésions associées, par exemple une rétroversion utérine ou une myomatose; enfin, dans de nombreux cas il ne révélera rien d'anormal.

En conclusion, la clinique ne pourra le plus souvent que faire suspecter le diagnostic d'endométriose, et davantage sur les données de l'interrogatoire que sur celles de l'examen clinique; ce sont les examens complémentaires qui permettront de l'affirmer. Enfin, parfois la clinique orientera vers une lésion associée comportant une indication opératoire, et ce n'est qu'à l'intervention que l'endométriose sera découverte.

II. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils tiennent actuellement une place capitale dans le diagnostic de l'endométriiose et permettent souvent de l'affirmer en évitant à la malade une laparotomie.

La BIOPSIE D'ENDOMETRE n'est pas d'une utilité directe pour ce diagnostic ; son intérêt est cependant très grand, surtout chez les femmes qui consultent pour stérilité, et apporte des renseignements importants sur l'état hormonal de ces malades. Elle a été pratiquée chez 9 de nos malades : dans tous les cas, l'endomètre était au stade folliculo-lutéinique au 24ème jour du cycle, témoignant de l'existence d'une ovulation; dans 4 cas, la muqueuse utérine était normale, dans 5 cas, il existait une imprégnation oestrogénique excessive.

L'HYSTEOSALPINGOGRAPHIE fut pratiquée dans 16 cas de nos observations, mais, dans 5 cas seulement elle montra des images évocatrices :

Cas XV : diverticules de la cavité utérine, dans la région cervicale; image framboisée de la trompe droite; image résiduelle de la logette ovarienne.

A la coelioscopie, " la trompe présente une coudure importante, avec deux renflements, dont le plus important, distal, évoque un hydrosalpinx; il existe, entre trompe et ovaire droits, du sang avec des processus rétractiles très évocateurs de l'endométriiose ".

Cette malade fut opérée hors du service, et l'intervention confirma l'existence d'une endométriiose du myomètre, vérifiée histologiquement.

Cas XVI : La lumière tubaire présentait de nombreux diverticules : l'intervention confirma l'hystérographie en montrant une adénomyose.

Cas XXX : Aspect muriforme de la trompe sur tous les clichés: la coelioscopie ne montra pas de lésion caractéristique d'endométriose, mais la présence de sang dans le cul de sac de Douglas.

Cas XXXII : Image diverticulaire de la partie interstitielle de la trompe droite ; la coelioscopie montra, à ce niveau, une tuméfaction blanchâtre du volume d'une noix; l'image radiologique ne se trouva donc pas confirmée, mais il existait de fortes présomptions.

Cas XXXIV : Aspect très voisin de l'observation précédente : image chevelue de la partie proximale de la trompe gauche et petit diverticule de la trompe droite; la coelioscopie montra des nodules blanchâtres des deux trompes correspondant aux deux images radiologiques.

En résumé, parmi ces 5 images d'hystérosalpingographie évocatrices d'endométriose, il existait :

- une adénomyose qui fut confirmée par l'intervention.
- une association adénomyose-endométriose externe dont l'image tubaire fut confirmée par la coelioscopie et l'image utérine par l'intervention.
- trois images évoquant une endométriose tubaire : aucune ne fut véritablement confirmée par la coelioscopie ; mais, dans deux cas, il existait, sur la trompe correspondante, un nodule blanchâtre qui rendait le diagnostic très vraisemblable.

Nous avons vu que dans onze cas sur seize, l'hystérographie n'avait pas montré d'image caractéristique. Il s'agissait d'une localisa-

tion ovarienne dans 4 cas, péritonéale dans 6 cas; dans la dernière observation (XXVII), il s'agissait d'une endométriose tubaire, mais une oblitération des trompes n'avait pas permis le passage du liquide de contraste.

Que peut-on attendre de l'hystérosalpingographie en matière d'endométriose ?

Elle ne peut donner d'images caractéristiques : " cryptes intramurales " sur le corps utérin, " nébuleuses " ou " boules de gui " sur les cornes, " arborescences nuageuses " des trompes, que si les foyers communiquent avec la lumière de l'utérus ou de la trompe; or, les endométrioses utérines et tubaires sont rares par rapport aux localisations ovariennes et péritonéales, si bien que le plus souvent l'endométriose ne donnera pas d'image radiologique.

En outre, une réserve s'impose : toutes les images diverticulaires de la trompe ne sont pas en rapport avec une endométriose, certains diverticules congénitaux et la salpingite isthmique nodulaire étant susceptibles de donner des aspects radiologiques, identiques. Mais, à défaut d'images caractéristiques, l'hystérogographie montre parfois des modifications de la statique utérine ou de la cavité, du trajet ou de la lumière tubaires, en relation avec les phénomènes inflammatoires si fréquents dans cette maladie.

D'autre part, la radiographie renseigne sur la perméabilité tubaire: sur 9 hystérosalpingographies pratiquées chez des femmes stériles atteintes d'endométriose (4 stérilités primaires et 5 stérilités secondaires), nous avons trouvé 6 fois des trompes perméables, un cas où une trompe était obturée (IX), et deux cas où les deux trompes n'offraient aucun passage (VII et XXVII) ; en fait, dans l'observation VII, il semble qu'il s'agissait d'un spasme tubaire, car les deux trompes étaient perméables lors de l'insufflation sous anesthésie générale.

Enfin, l'hystérogographie met en évidence des lésions associées telles qu'un myome ou un hydrosalpinx.

En conclusion, l'hystérosalpingographie est susceptible, chez les femmes atteintes d'endométriase, de fournir des renseignements à condition de connaître ses limites. Dans certains cas, assez rares à la vérité, elle donnera des images très évocatrices; mais le plus souvent, elle sera normale, ou bien elle ne révélera que des lésions associées. Une hystérosalpingographie normale ne permet donc en rien d'écarter le diagnostic d'endométriase.

La COELIOSCOPIE est actuellement l'exploration capitale qui permet d'affirmer le diagnostic dans la majorité des cas. Elle permet le plus souvent d'éviter une laparotomie, sur laquelle elle présente l'avantage de ne nécessiter qu'une hospitalisation très brève et une anesthésie légère, et de ne laisser qu'une cicatrice minime.

Elle fut pratiquée dans 14 de nos observations :

- pour une dysménorrhée dans 9 cas.
- pour une stérilité dans 5 cas.

Elle permit d'affirmer le diagnostic dans 10 cas; elle fut négative dans 2 cas, douteuse dans 2 cas.

Le diagnostic d'endométriase à la coelioscopie repose sur la constatation de nodules bleutés ou noirâtres à la surface des ovaires ou des trompes, de gouttelettes sanglantes sur le péritoine . Ces lésions ont en commun leur tendance à la rétractilité. Cette investigation n'a de valeur que dans la mesure où ces critères sont rigoureusement respectés.

Une question qui s'est posée à plusieurs reprises aux observateurs est de savoir si la présence de sang non frais dans le cul de sac de Douglas au voisinage de la période menstruelle pouvait être considérée comme un argument en faveur d'une endométriase : ce fut en particulier le cas dans notre observation XXX ;

En fait, la plupart des auteurs semble considérer la menstruation rétrograde comme un phénomène, sinon banal, du moins non exceptionnel, qui, s'il favorise peut-être l'installation d'une endométriose, n'est pourtant pas suffisant pour affirmer le diagnostic; il semble cependant que s'il existe des arguments suffisants tant au point de vue clinique qu'hystérogaphique (ce qui était le cas dans cette observation XXX), la menstruation rétrograde puisse être considérée comme un argument supplémentaire.

Si, dans la majorité des cas, la coelioscopie permet le diagnostic de l'endométriose, elle a, comme l'hystérogaphie, ses limites. D'une part, elle ne peut évidemment pas explorer l'intérieur de l'utérus et des trompes, ce qui explique qu'elle ne confirme que rarement les images hystérogaphiques : 3 des 4 cas où la coelioscopie ne permit pas d'affirmer le diagnostic étaient des localisations tubaires dont les images hystérogaphiques étaient très évocatrices.

D'autre part, ses résultats négatifs n'ont de valeur que si tout le pelvis a pu être exploré; mais elle est parfois gênée par les adhérences que l'on rencontre souvent chez ces malades, et qui expliquent en grande partie les différences entre les constatations de la coelioscopie et de la laparotomie. Ce fut le cas dans l'observation I : la coelioscopie avait montré l'existence d'adhérences entre l'ovaire et la trompe gauches, entre la trompe droite et le ligament large; à l'intervention, on s'aperçut qu'il existait, au milieu des adhérences " de petites zones bleutées à tendance rétractile ".

Enfin, la biopsie au cours de la coelioscopie n'est pas encore entrée dans la pratique courante, en particulier dans le cas de ces lésions hémorragiques et fragiles, nécessitant de grandes précautions pour le prélèvement, ce qui enlève au diagnostic la certitude qu'apporte l'examen histologique.

En conclusion, l'hystérogaphie et la coelioscopie constituent les deux examens complémentaires essentiels et indispensables au diagnos-

tic de l'endométriase. Chacun de ces deux moyens d'investigation a ses limites, mais les renseignements qu'ils fournissent, s'ils se confirment rarement, se complètent, car les localisations qu'ils explorent sont différentes. Leur importance ira sans cesse croissante au fur et à mesure que l'emploi du traitement médical se développera.

III. LE DIAGNOSTIC OPERATOIRE

L'intervention constituait, avant l'introduction de la coelioscopie, le seul moyen d'affirmer le diagnostic d'endométriase. A l'heure actuelle et bien que les interventions pour endométriase soient devenues assez rares, elle est encore souvent une découverte peropératoire, au cours d'une intervention pour une affection gynécologique quelconque.

Dans notre série, 14 cas, dont la totalité des plus anciens, furent découverts au cours d'une intervention ; le diagnostic fut posé le plus souvent par l'opérateur, mais dans 2 cas, l'endométriase fut une découverte de l'examen histologique.

L'intervention fut pratiquée pour :

- Myome dans 6 cas; à chaque fois, sauf dans l'observation V, il existait effectivement une myomatose associée; par ailleurs, dans les cas XIII et XXV, la clinique avait permis de suspecter l'endométriase.

- Kyste de l'ovaire dans 4 cas.

- Stérilité dans 2 cas.

- Grossesse extra-utérine dans 1 cas.

- Césarienne dans 1 cas.

C'est dans ces deux derniers cas (III et X) que le diagnostic fut porté par l'histologiste.

Nous avons vu que la laparotomie présentait l'inconvénient, par rapport à la coelioscopie, de constituer une véritable intervention plus difficilement acceptée par la malade; mais elle présente l'avantage de permettre la levée des adhérences, la palpation des lésions et une biopsie facile. Cependant, pas plus que la coelioscopie, la laparotomie ne permet le diagnostic des cas d'endométriose dont les foyers communiquent avec la cavité utérine ou la lumière tubaire.

IV. LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE CERVICALE

Les six cas d'endométriose cervicale nous ont paru devoir être exposés à part, car ils posent des problèmes diagnostiques particuliers, tant par leurs symptômes cliniques que par l'examen complémentaire auquel il font appel, la colposcopie.

Les raisons qui amenèrent ces femmes à consulter étaient très différentes de celles des femmes présentant d'autres localisations d'endométriose. Les leucorrhées furent le symptôme le plus souvent retrouvé chez ces femmes : elles existaient dans cinq cas (IV, XII, XX, XXI, XXIX). Deux malades consultaient pour des métrorragies (XX et XXII) : dans les deux cas, et bien que l'endométriose fût associée à des modifications de l'utérus pouvant elles-mêmes donner lieu à des hémorragies, on pouvait rendre l'endométriose responsable des métrorragies, car le col saignait au contact. Cependant, si dans l'un de ces deux cas, il existait une lésion visible à la colposcopie (XXII), dans l'autre cas le col apparaissait sain et ce n'est que lors de la biopsie (faite en raison d'un frottis de Papanicolaou classe III) que le diagnostic fut posé.

Il faut noter que, chez cinq de ces six femmes, on retrouvait dans les antécédents la notion d'un gros traumatisme du col : électrocoagulation dans trois cas, une fausse couche avec curetage dans un cas, cinq grossesses et neuf fausses couches provoquées dans un cas. Ceci confirme l'opinion de la majorité des auteurs (WILLIAMS , NOVAK et HODGE) qui pensent que l'endométriase cervicale survient la plupart du temps sur des cols traumatisés.

Le diagnostic fut le plus souvent suspecté lors du simple examen au spéculum, et confirmé, dans cinq cas sur six, par la colposcopie qui révélait soit des " trainées hémorragiques sous épithéliales ", soit de petits hématomes du col, soit enfin de petites lésions rouges ou noirâtres en relief. Une biopsie permit la confirmation histologique.

Il faut enfin noter que, chez cinq de ces malades, une hystérogographie fut pratiquée, qui ne montra jamais d'image évocatrice d'endométriase. Mais, comme nous l'avons vu, cela ne suffit pas à écarter la possibilité d'une autre localisation d'endométriase.

La localisation cervicale de l'endométriase occupe une place particulière en raison de sa symptomatologie, de son diagnostic et du fait qu'elle se rencontre souvent à la suite de traumatismes importants du col, dont l'électrocoagulation semble être le plus fréquent.

LES RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Parmi les 34 femmes atteintes d'endométriose qui constituent l'objet de ce travail, 17 furent opérées; cependant, nous ne parlerons pas de l'observation X, où l'endométriose fut découverte au cours d'une césarienne chez une femme qui ne présentait aucun trouble en rapport avec cette affection; de l'observation XV où l'intervention ne fut pas pratiquée dans le service; de l'observation VII, où l'intervention se limita à une laparotomie exploratrice avec biopsie.

Cinq femmes subirent une intervention radicale : hystérectomie sans conservation ovarienne :

II : 40 ans, endométriose de l'ovaire droit et des deux ligaments utéro-sacrés, volumineux kyste séreux de l'ovaire gauche.

XVI : 49 ans, adénomyose.

XVIII : 30 ans, volumineux kystes d'endométriose ovarienne bilatérale.

XXIV : 41 ans, endométriose ovarienne bilatérale, associée à un volumineux myome utérin.

XXV : 48 ans, adénomyose.

Donc, sauf dans l'observation XVIII, il s'agissait de femmes de plus de 40 ans, ayant eu des enfants. En ce qui concerne le cas XVIII, il existait des lésions bilatérales très importantes; en outre, il s'agissait là de l'un des premiers cas de notre série (1954) et on peut penser qu'actuellement, un traitement hormonal eut peut être été tenté, afin de limiter, si possible l'exérèse.

Neuf femmes subirent une intervention conservatrice :

I : intervention pour stérilité, dysménorrhée et dyspareunie; il s'agissait d'une endométriose péritonéale; myomectomie, libération des adhérences entre la trompe et le ligament large droit, entre la trompe, l'ovaire et la paroi postérieure à gauche.

Résultat : passage tubaire normal, grossesse quatre mois après l'intervention, diminution importante de la dysménorrhée; cependant, la dyspareunie a persisté.

III : Intervention pour grossesse extra-utérine; la malade présentait depuis longtemps des douleurs pelviennes sans relation avec les règles; annexectomie droite; l'histologie révèle une endométriose péritonéale.

Résultat : disparition totale des douleurs.

V : Intervention pour masse abdominale entraînant une sensation de pesanteur; il s'agissait d'un kyste hémattique d'endométriose ovarienne; annexectomie droite.

Résultat : revue deux mois après l'intervention, la malade ne présentait aucun trouble.

VI : Intervention pour kyste de l'ovaire; en outre, dysménorrhée: il s'agissait d'un kyste d'endométriose de l'ovaire gauche et d'un kyste séreux de l'ovaire droit; résection ovarienne bilatérale.

Résultat : disparition de tout phénomène douloureux pendant un an et demi; présente actuellement quelques douleurs et des ménorragies qui semblent améliorées par les androgènes.

A l'examen, il existe une masse latéro-utérine droite: ovaire fonctionnel ou récurrence d'endométriose ?

XI : Intervention pour myome; se plaignait de dysménorrhée et de dyspareunie; à l'intervention, outre le myome, il existait une endométriose de l'ovaire et du cul de sac de Douglas: myomectomie, kystectomie, reposition antérieure de l'utérus.

Cette malade n'a pas été revue.

XII : se plaignait de dysménorrhée, de dyspareunie et de douleurs abdominales sans relation avec les règles; endométriose de l'ovaire droit et kyste banal de l'ovaire gauche : résection ovarienne bilatérale.

Résultat : avec un recul de 7 ans, disparition des douleurs sauf de la dyspareunie.

XIV : Intervention pour stérilité; endométriose de l'ovaire gauche et du péritoine, kyste banal de l'ovaire droit; résection ovarienne bilatérale et ovariopexie.

Résultat : pas de grossesse; récurrence de l'endométriose à gauche, un an et demi environ après l'intervention.

XXIII : Intervention pour kyste de l'ovaire droit; se plaint essentiellement de dysménorrhée; endométriose ovarienne bilatérale et appendiculaire; résection ovarienne bilatérale et appendicectomie. Résultat: amélioration pendant un an, puis récurrence.

XXVII : Intervention pour stérilité en rapport avec une oblitération tubaire bilatérale par endométriose; résection, puis implantation tubaire bilatérale.

Résultat: perméabilité des trompes, lors de l'hystérogaphie pratiquées quelques semaines après l'intervention; mais la stérilité subsiste.

En conclusion, la chirurgie conservatrice a consisté en une annexectomie dans deux cas, une résection ovarienne bilatérale dans quatre cas., unilatérale dans un cas, une simple libération d'adhérences avec myomectomie dans un cas, une résection et une implantation tubaire dans un cas. Les résultats sur les douleurs abdominales, qu'elles soient ou non en rapport avec les règles, furent en général satisfaisants, sauf pour la dyspareunie.

Les résultats sur la stérilité furent beaucoup plus décevants, mais ils correspondent à ceux que publie la majorité des auteurs. Enfin, il faut noter que deux de ces neuf malades, et peut être trois, présentèrent une récurrence du processus, l'une un an et demi, l'autre quatre ans après l'intervention.

CONSIDERATIONS SUR LA STERILITE DANS L'ENDOMETRIOSE PELVIENNE.

Nous avons vu, à propos de l'étude des symptômes cliniques présentés par nos malades atteintes d'endométriose, la fréquence avec laquelle ces femmes étaient stériles : 15 cas sur 34, dont sept stérilités primaires et huit stérilités secondaires.

Le plus souvent nous ne trouvions d'explication satisfaisante à cette stérilité ni dans une localisation particulière, car toutes les localisations étaient représentées tant parmi les malades stériles que parmi les malades fécondes, ni dans une oblitération des trompes : nous avons vu qu'elles étaient perméables, lors de l'hystérosalpingographie dans sept cas sur neuf.

Nous avons vu également combien les résultats de la thérapeutique sur la stérilité étaient décevants, qu'il s'agisse du traitement chirurgical (une seule grossesse sur trois malades opérées pour stérilité) ou du traitement hormonal (une seule grossesse également, mais il est trop tôt pour pouvoir juger les résultats).

C'est pour cette raison que nous avons essayé, à la lecture d'un certain nombre de travaux tirés de la littérature française, allemande, et surtout de la très importante littérature américaine, de nous faire une idée, sinon de la cause elle-même, du moins des facteurs qui conditionnent la stérilité dans l'endométriose.

Nous allons tenter de répondre successivement à deux questions:

- 1° - L'endométriose est-elle vraiment cause de stérilité, et dans quelles proportions ?
- 2° - Quel sont les facteurs de la stérilité dans l'endométriose ?

1°) L'ENDOMETRIOSE EST-ELLE CAUSE DE STERILITE ?

Tous les auteurs sont d'accord sur un point : la stérilité est souvent associée à l'endométriiose ; mais la fréquence de cette association varie considérablement selon les statistiques.

Nous allons citer quelques-uns des pourcentages de stérilité trouvés par les auteurs chez leurs malades atteintes d'endométriiose :

KISTNER	:	30 à 40 %
JEFFCOATE et POTTER (cités par M.WALLET)	:	42 %
ALLEN (id.)	:	60 %
SMITH (id.)	:	41 %
TE LINDE	:	33 % de St.absolues 46 % de St.relatives
HAYDON (sur 447 femmes mariées)	:	33 % de St.absolues 34 % de St.relatives
HUFFMAN (sur 300 cas)	:	28,2 %
COUNSELLER	:	32,1 % de St.absolues
PAYNE (sur 238 femmes mariées)	:	40 %

D'autres auteurs considèrent le taux de fertilité :

TURUNEN étudia 113 cas d'endométriiose chez des finlandaises, dont la moyenne des conceptions est normalement de 4 ; chez ces malades, cette moyenne était de 1,5.

CAVANAGH a également montré que le taux de fertilité était, chez ses patientes atteintes d'endométriiose, la moitié de celui d'un lot témoin de femmes hospitalisées pour pneumonie.

Ce taux s'abaissait même, chez les femmes âgées de plus de trente ans, à 1/9 de celui des femmes normales du même âge.

On peut donc tirer de ces différentes statistiques que l'endométriase s'accompagne de stérilité dans 30 à 60 % environ des cas. Or, dans une population normale, la stérilité se rencontre chez environ 10 % des femmes. La malade atteinte d'endométriase a donc deux à trois fois moins de chances de devenir enceinte qu'une femme normale. En fait, une réserve s'impose : comme l'a écrit RANNEY, " personne ne sait combien de femmes atteintes d'endométriase deviennent enceintes, car personne ne sait combien ont une endométriase légère dont elles ne souffrent que peu ou même pas du tout. Pour cette raison, les statistiques portant sur l'association endométriase-stérilité n'ont de valeur qu'en tenant compte du fait qu'il s'agit là des cas les plus sévères les seuls qui fassent l'objet d'une intervention et d'une vérification histologique ".

En conclusion si l'association est fréquente, il ne faut pas exagérer cette fréquence; le fait de poser le diagnostic d'endométriase ne condamne pas la femme, contrairement à ce que pense certains auteurs, à une stérilité inévitable.

Mais, si l'association ne fait pas de doute, la question de la relation de cause à effet est beaucoup plus difficile à trancher. Car on peut se demander si l'endométriase est la cause de la stérilité, ou bien, si au contraire, c'est la stérilité qui est la cause de l'endométriase. Cette dernière hypothèse a été soutenue par MEIGS qui pense que le retard apporté, dans la civilisation moderne, au mariage et à la maternité crée, ou tout au moins favorise la maladie, par la succession ininterrompue de cycles menstruels qu'il entraîne. L'endométriase serait une affection des classes aisées de la société et se verrait beaucoup plus souvent chez les malades de clientèle privée (23 à 30 % des interventions gynécologiques) que chez les malades de l'hôpital (5 %).

De nombreux arguments de valeur peuvent être présentés à l'appui de cette hypothèse :

1° - La rareté de la maladie au cours des premières années de la vie sexuelle de la femme; tous les auteurs s'accordent sur la rareté de l'endométriose avant cinq ans, et MEIGS dit même 13 à 19 ans, de cycles menstruels ininterrompus .

2° - L'augmentation de la fréquence chez les femmes ayant eu peu ou pas d'enfants; ceci expliquerait la fréquence plus élevée dans les pays où le " birth-control " est appliqué sur une grande échelle, en clientèle privée qu'à l'hôpital, parmi les blanches que parmi les noires. Cependant cette règle comporte de nombreuses exceptions, et on rencontre assez fréquemment des malades ayant eu plusieurs enfants (deux, trois, six ou même douze ! SCOTT et TE LINDE).

3° - L'influence bénéfique de la grossesse sur la maladie.

4° - Enfin SCOTT, WHARTON et TELINDE ont montré expérimentalement qu'il faut au moins six menstruations intra-abdominales pour faire apparaître, chez la guenon des lésions typiques.

Mais certains auteurs se sont opposés à cette hypothèse :

CAVANAGH a montré, dans une étude portant sur 646 cas découverts au cours de 8627 laparotomies, pratiquées à l'hôpital et en clientèle privée, que la proportion d'endométriose n'était pas plus élevée en clientèle privée, si l'on tient compte de la fréquence beaucoup plus élevée des lésions infectieuses à l'hôpital, qui réduit la place de l'endométriose parmi l'ensemble des interventions gynécologiques.

Par ailleurs, SCOTT et TE LINDE remarquent que, bien que la fréquence de l'endométriose soit en augmentation, " les mariages

et les maternités précoces ont été la règle depuis PEARL HARBOUR ".

On peut enfin objecter à cette théorie que l'endométriase devrait être fréquemment associée à une cause évidente de stérilité telle une tuberculose endométriale ou annexielle, ou une azoospermie du conjoint; or, il semble que cette association ne soit que fortuite; TERASVUORI, cité par BINET, DELACOTE et GUNTZ, n'a pu trouver dans la littérature que 16 cas d'association endométriase-tuberculose et nulle part nous n'avons mentionnée l'association d'une endométriase avec une azoospermie du conjoint.

Nous voyons ainsi, combien il est difficile d'établir une relation de cause à effet entre la stérilité et l'endométriase. La théorie de MEIGS, séduisante surtout par les mesures prophylactiques qu'elle entraîne, ne peut être admise sans réserves; cependant, même si l'on considère la stérilité comme le primum movens, il semble, et MEIGS l'admet, que les lésions une fois constituées seront un facteur de maintien de cette stérilité.

Enfin, on peut concevoir qu'il n'existe pas de relation de cause à effet; stérilité et endométriase seraient alors deux phénomènes parallèles résultant d'une perturbation endocrinienne ou neuro-végétative identique.

II °) QUELS SONT LES FACTEURS DE LA STÉRILITÉ DANS L'ENDOMETRIOSE ?

Laissant de côté le mécanisme par lequel, si cette hypothèse était admise, la stérilité pourrait amener l'établissement d'une endométriose, nous allons tenter de comprendre le mécanisme de la stérilité, une fois les lésions constituées.

Nous allons étudier un certain nombre de facteurs, que nous diviserons en facteurs anatomiques, endocriniens et nerveux, sans nous dissimuler ce que cette division a d'un peu artificiel; car, par exemple, un trouble de l'ovulation peut être dû soit à un obstacle anatomique, soit à une perturbation hormonale; de même, un dysfonctionnement endocrinien a souvent une origine nerveuse.

Cependant, avant de commencer cette étude, une remarque s'impose. L'endométriose est une maladie qui est généralement diagnostiquée chez des femmes de trente à cinquante ans, c'est à dire parvenues à un âge où la fécondité diminue naturellement. Ceci doit pourtant faire l'objet des deux réserves suivantes : d'une part, il est impossible, sauf dans de rares cas où l'on a la notion d'une laparotomie ou d'une coelioscopie antérieure, de fixer avec précision le début anatomique des lésions ; alors, peut-on vraiment parler de maladie des femmes de la quatrième ou de la cinquième décade, et faire jouer un rôle important au fléchissement de la fertilité à cet âge ? D'autre part, il faut rappeler ici le travail de CAVANAGH, mettant en évidence que la femme de plus de trente ans, atteinte d'endométriose, avait neuf fois moins de chances qu'une femme normale du même âge, de devenir enceinte. Ce qui nous conduit à penser que le rôle de l'âge, s'il est incontestable, n'a cependant pas l'importance qu'on lui a parfois donnée.

A) LE FACTEUR ANATOMIQUE

Il est assez difficile de se faire une idée de l'importance des différentes lésions anatomiques. En effet, les auteurs qui publient des statistiques étendues ne précisent que rarement les lésions qu'ils ont trouvées chez leurs malades stériles. Les meilleurs renseignements, dans ce domaine, sont fournis par les comptes-rendus des interventions chirurgicales conservatrices.

La question qui se pose d'emblée est de savoir si l'étendue des lésions joue un rôle.

Une étude de cette question a été réalisée par HUFFMAN sur 300 cas. Il répartit l'extension des lésions en quatre stades :

Stade I : lésions limitées aux ligaments utéro-sacrés, ou à un ovaire, ou à des greffes sur le péritoine.

Stade II : lésions importantes d'un ovaire avec lésions moins étendues du deuxième ovaire et (ou) greffes superficielles sur l'intestin et (ou) lésions infiltrantes de l'utérus ou des ligaments utéro-sacrés.

Stade III : lésions importantes des deux ovaires, lésions atteignant en profondeur la cloison recto-vaginale, lésions non obstructives de l'intestin.

Stade IV : atteinte de la vessie, de l'uretère, lésions obstructives de l'intestin.

stade	cas	parité moyenne	% de stérilités
I	124	1,1 %	28,4
II	109	1,2 %	25,8
III	56	1,2	15,9
IV	11	1,3	42,8
	300	1,2	

Il ne semble donc pas possible d'établir une relation entre l'extension des lésions de l'endométriiose et la stérilité.

Est-ce alors la localisation de ces lésions qui intervient ?

Ici, plus encore que dans le cas précédent, les statistiques manquent. La localisation sur laquelle nous disposons peut être des renseignements les plus intéressants est l'endométriiose annexielle. R. PALMER écrit qu'elle " s'accompagne de stérilité dans 80 % des cas au moins, mais sans que le mécanisme en apparaisse toujours clairement ".

On conçoit en effet facilement que l'endométriiose localisée à la trompe, le plus souvent, comme l'ont montré PHILIPP et HUBER, dans sa partie interstitielle, puisse aboutir à une oblitération plus ou moins complète de la lumière tubaire, qui, si elle est bilatérale, entraînera la stérilité. Cependant l'endométriiose tubaire est rare (4 à 13 % des cas suivant les auteurs); en outre, l'étude de la perméabilité tubaire par les procédés de l'insufflation et de l'hystérosalpingographie montre qu'elle est souvent conservée : sur quatre endométrioses tubaires, nous avons trouvé des trompes perméables dans trois cas. D'ailleurs, SAMPSON avait trouvé des trompes perméables dans 284 cas sur 293, ce dont il tirait un argument de valeur en faveur de sa théorie de la menstruation rétrograde.

En fait, on ne peut affirmer de façon formelle que ces trompes, perméables aux moyens d'investigation, permettront la fécondation et la migration de l'oeuf. Enfin, à côté de la perméabilité, il faut sans doute tenir compte des modifications du trajet et du péristaltisme tubaires en rapport avec la sclérose, si commune autour des foyers d'endométriose.

L'explication est déjà beaucoup plus malaisée dans le cas des lésions ovariennes. Elles peuvent agir par des perturbations soit de la ponte ovulaire, soit des sécrétions hormonales. Il est concevable que la présence de kystes goudrons, parfois volumineux, diminue la surface du parenchyme actif en même temps qu'elle provoque la formation d'une péri-ovarite qui peut rendre la ponte ovulaire impossible. KING écrit: " l'examen des ovaires porteurs de nombreux kystes goudrons montre un certain nombre de follicules atrésiques, mais les véritables corps jaunes sont rares. Ceux qui existent sont atypiques et âgés. Voilà l'explication de la stérilité : les follicules de DE GRAFF n'ont pu se rompre à la surface de l'ovaire avec formation d'un corps jaune, ils ont régressé ". WITHERSPOON écrit lui aussi : " sans aucun doute, la cause de la stérilité est une absence d'ovulation ".

Malheureusement, l'explication n'est pas aussi simple. R.PALMER dit que " presque toujours, une large partie du cortex ovarien est indemne".

Et nous verrons, lors de l'étude du facteur endocrinien, ce que l'on peut penser des cycles anovulatoires au cours de l'endométriose.

Il faut enfin tenir compte des modifications des rapports anatomiques entre l'ovaire et le pavillon, que peuvent produire les adhérences, qui sont susceptibles de gêner la captation de l'ovule.

En ce qui concerne les localisations à l'utérus, au péritoine, aux ligaments utéro-sacrés, le rôle du facteur anatomique est extrêmement difficile à apprécier, en raison du peu de renseignements

dont nous disposons.

Nous ne parlerons pas de l'endométriase interne, ou adénomyose, qui pose des problèmes particuliers, en raison surtout de l'âge tardif auquel elle survient : 35 à 50 ans, avec un maximum de fréquence vers 45 ans (étude de FALLAS et ROSENBLUM sur 129 cas). D'ailleurs, l'adénomyose semble s'accompagner moins souvent de stérilité que l'endométriase externe : sur 314 cas publiés par GRUNBERGER et KOFLER, 220 avaient eu des enfants.

Il semble qu'un rôle majeur doive être accordé à la sclérose que produit la présence des foyers. Ceux-ci créent, au niveau du péritoine des phénomènes inflammatoires en dehors de toute infection; en fait, cette absence d'infection est toujours très difficile à affirmer, l'association étant fréquente.

Cette sclérose a été comparée par de nombreux auteurs, dont TURUNEN, à une cicatrice rétractile. Elle est capable de modifier de façon importante la statique pelvienne : nous avons déjà mentionné son action possible sur le trajet tubaire et les rapports entre l'ovaire et le pavillon; elle semble également susceptible de provoquer une antéposition et surtout une rétroposition de l'utérus. TURUNEN a émis l'hypothèse que cette sclérose des paramètres pourrait perturber la dynamique circulatoire de l'utérus, et, de ce fait, empêcher l'hyperémie et le ramollissement de l'oeuf.

Il nous reste à envisager le cas des foyers localisés sur les voies génitales inférieures.

Lorsqu'ils siègent sur le dome vaginal, ils sont considérés par NOVAK et HODGE comme une simple extension de l'endométriase du cul de sac de Douglas. Cette localisation a fait l'objet de nombreuses publications (entre autres celles de SIMONOWICZ, de PORTES et VARANGOT, de MOCQUOT et MUSSET) car elle constitue un moyen d'étudier facilement les modifications de l'endomètre hétérotopique au cours de la gestation. Cependant, nous n'avons pu trouver de statistiques à propos de la fréquence de l'association de cette localisation avec la stérilité.

Lorsqu'ils siègent sur le col utérin, il n'en est pas de même car nous disposons d'une étude de G.A.WILLIAMS portant sur III cas, parmi lesquels les stérilités primaires et secondaires s'élevaient à 36 %. Cependant l'auteur signale que 28 de ses III malades présentaient d'autres localisations d'endométriose. D'autre part, il note que le plus souvent le col avait subi des traumatismes : cautérisations, interventions. De même NOVAK et HODGE n'ont trouvé dans la littérature qu'un nombre très restreint de cas d'endométriose cervicale, apparus chez des nullipares sans aucune notion de traumatisme. C'est également ce que nous avons constaté dans nos observations. Il est donc pratiquement impossible de déterminer la part de responsabilité de l'endométriose cervicale et de la lésion pré-existante dans la stérilité.

Nous voyons ainsi combien il est difficile de se faire une idée de l'importance et du mécanisme d'action du facteur anatomique dans la stérilité . Le problème est rendu encore plus complexe par la fréquence des lésions associées à l'endométriose. Toutes les affections gynécologiques peuvent lui être associées; nous n'envisagerons que les plus fréquentes : myomes, rétropositions, kystes ovariens, infection pelvi-génitale, malformations utérines ; l'hyperplasie glandulokystique de l'endomètre sera mentionnée lors de l'étude du facteur endocrinien.

La lésion que l'on rencontre le plus fréquemment est, sans aucun doute, le myome utérin. Il est associé à l'endométriose dans 30 à 60 % des cas selon les auteurs. Or, il s'accompagne de stérilité dans environ 38 % des cas (M.WALLET). En fait, le même problème se pose que pour l'endométriose : le myome est-il la cause ou la conséquence de la stérilité ? Il existe certainement, entre ces deux lésions, des similitudes pathogéniques.

La rétroposition utérine est associée à l'endométriose dans 10 % des cas environ, et semble souvent une conséquence directe de la présence des foyers; mais, là encore, se pose le problème de la

relation de cause à effet : car, si l'on admet la théorie de SAMPSON qui semble capable d'expliquer , sinon la totalité, du moins une partie des lésions, on peut considérer la rétroversion comme responsable de la menstruation rétrograde, donc de l'établissement de l'endométriose; en outre, certains auteurs ont fait jouer un rôle au traitement chirurgical de la rétroversion, en particulier à la fixation antérieure de l'utérus, dans la genèse des lésions. Quoiqu'il en soit, dans un nombre de cas assez restreint il est vrai, la rétroversion peut entraîner la stérilité. Et sa correction se retrouve très souvent dans les compte-rendus des interventions conservatrices .

Les kystes ovariens non endométriosiques sont également assez souvent associés à l'endométriose : SCOTT et TE LINDE ont rencontré, dans une étude portant sur 560 cas d'endométriose, 8,2 % de kystes bénins de l'ovaire.

Les infections pelvi-génitales sont loin d'être exceptionnelles : sur leurs 560 cas, SCOTT et TE LINDE font état d'une salpingite chronique dans 21,7 % des cas.

Enfin, l'endométriose s'associe parfois à des malformations génitales; l'association à des malformations majeures (utérus à deux corps indépendants dont l'un ne communiquait pas avec le col décrits par COTTE et MATHIEU, par TE LINDE) a surtout un intérêt doctrinal; plus intéressants sont les troubles du développement : hypoplasie utérine légère ou importante, atrésies du tractus génital inférieur, que TURUNEN dit avoir constatés souvent chez ses malades.

En conclusion, on voit combien il est malaisé de déterminer l'importance du facteur anatomique de la stérilité dans l'endométriose. Nous n'avons pu établir de relation satisfaisante ni avec l'extension ni avec la localisation des lésions. Cette appréciation est d'autant plus difficile que l'endométriose s'associe très souvent à d'autres lésions qui peuvent, à elles seules, entraîner la stérilité.

Cependant, le rôle de ces modifications anatomiques est certainement considérable et justifie le traitement chirurgical conservateur dont l'objectif est triple :

- ablation des foyers.
- rétablissement des rapports normaux entre les organes pelviens par la libération des adhérences.
- suppression, dans toute la mesure du possible, des lésions associées.

B) LE FACTEUR ENDOCRINIEN

On s'accorde généralement pour dire que les femmes atteintes d'endométriiose présentent une hyperoestrogénie. Ceci avait été signalé par ALLEN, NOVAK puis P.BROCQ.

L'hyperplasie glandulokystique, qui en est le reflet, se retrouve fréquemment sur l'endomètre des femmes atteintes d'endométriiose; M.WALLET cite les chiffres de :

WITHERSPOON	H.G.K.	dans	:	64 %	des cas d'endométriiose.
JEFFCOATE & POTTER	"	"	:	93 %	"
ALLEN (sur 112 cas)	"	"	:	70 %	"
SMITH (sur 159 cas)	"	"	:	42 %	"

ALVES DE LIMA signale la fréquence des hémorragies fonctionnelles, de l'hyperplasie de l'endomètre, des kystes folliculaires et pense que cette hyperoestrogénie stimulerait "la métaplasie endométriale de la séreuse péritonéale" qu'il considère comme le mécanisme patho-

génique dans le cas de l'endométriose externe.

En outre, NEUMANN a montré, lors d'expériences de transplantation d'endomètre chez la lapine, que les foyers d'endométriose ne se développaient pas si l'animal avait été préalablement castré.

Tout ceci semble donc démontrer l'existence d'une hyperoestrogénie chez ces malades. Par contre, il faut signaler que SCOTT et TE LINDE n'ont trouvé d'hyperplasie endométriale que dans 13 de leurs 560 cas. Une étude hormonale complète, portant à la fois sur les hormones de l'ovaire et sur celles de l'hypophyse, faite sur un grand nombre de malades, permettrait seule d'affirmer ou de rejeter l'existence de cette hyperoestrogénie. Mais nulle part nous n'avons pu trouver une telle étude.

Dans nos observations, nous avons noté la fréquence, lors de biopsies d'endomètre faites au 24ème jour du cycle, d'une imprégnation oestrogénique excessive; mais le nombre des cas est trop limité pour que l'on puisse en tirer des conclusions.

De toute façon, si la présence des oestrogènes semble indispensable au développement des foyers, il n'est pas démontré qu'elle soit aussi indispensable à leur éclosion (RANNEY). D'ailleurs, lorsque ces lésions sont sensibles aux incitations hormonales, l'endomètre hétérotopique semble plus sensible que l'endomètre orthotopique; par conséquent, un taux normal d'oestrogènes suffit à leur développement.

Quoiqu'il en soit, l'hyperoestrogénie semble fréquemment associée à l'endométriose. Or, elle peut constituer un facteur de stérilité: M. WALLET, citant les statistiques de GOEKE, portant sur 146 cas, et de ADLER, portant sur 62 cas, montre que l'hyperplasie glandulokystique s'accompagne de stérilité dans 35 % environ des cas. Cette hyperoestrogénie peut entraîner la stérilité, soit par l'intermédiaire d'une muqueuse utérine inapte à recevoir l'oeuf fécondé, soit en s'associant à des cycles anovulatoires.

L'endométriase s'accompagne-t-elle de cycles anovulatoires ? Nous avons vu, lors de l'étude du facteur anatomique, qu'on pouvait le penser devant la fréquence des lésions péri-ovarite, qui semblent pouvoir constituer un obstacle à l'ovulation; mais qu'en fait, il subsister toujours une partie suffisante de cortex ovarien indemne. Et KISTNER écrit : " l'endométriase se rencontre rarement en cas de cycles anovulatoires ". On peut porter à l'appui de cette conception que la thérapeutique moderne par les produits du type NORETHINODREL vise justement à une " anovulation provoquée ".

Il nous faut citer ici une hypothèse très ingénieuse de McGOOGAN : la menstruation intra-ovarienne des foyers donnerait naissance à une substance toxique qui empêcherait la maturation du follicule, ou rendrait l'ovule impropre à la fécondation, ou, s'il est fécondé à la nidation. Cette hypothèse est basée sur la mise en évidence par SMITH et SMITH, dans l'écoulement menstruel normal, de substances toxiques pour l'animal auquel elles sont injectées. Nous n'avons pu trouver d'arguments en faveur de cette hypothèse séduisante.

La question n'est donc pas tranchée, de savoir si l'endométriase s'accompagne ou non de cycles anovulatoires. Là encore, seules des recherches systématiques, portant sur la prise de la température basale, des séries de frottis hormonaux et des biopsies d'endomètre, permettront de résoudre ce problème. Notre impression, basée sur nos observations, est que ces femmes ovulent : nous avons en effet, toujours trouvé, au cours des biopsies, un endomètre au stade folliculo-lutéinique, au 24ème jour du cycle.

En conclusion, il est possible que le facteur endocrinien intervienne, dans une certaine mesure, dans l'étiologie de la stérilité, vraisemblablement plus par l'intermédiaire de perturbations des sécrétions hormonales et d'une inaptitude de l'endomètre à la nidation que par celui de troubles de l'ovulation.

C) LE FACTEUR NERVEUX

Il constitue le troisième facteur et certainement le plus mal connu. Il semble cependant exister, chez les malades atteintes d'endométriose, un terrain neuropsychique particulier.

KISTNER écrit que l'on rencontre souvent des femmes " mésomorphes, mais maigres, hyperanxieuses, intelligentes, égocentriques et inquiètes de perfection. Ces caractéristiques correspondent à un type de personnalité où le mariage et la grossesse sont fréquemment différés ".

De même, RIVA, WILSON et KAWASAKI, dans leur essai thérapeutique par le NORETHINODREL, furent impressionnés par le nombre des patientes qui présentèrent des troubles émotionnels, 5 de leurs 123 malades ayant même été justiciables d'un traitement psychiatrique. A chaque fois, ces troubles correspondaient à une instabilité de base, et ceci amena les auteurs à se demander " s'il n'existait pas un terrain émotionnel spécial ".

Par quels mécanismes ce facteur neuropsychique est-il susceptible d'intervenir dans la stérilité ?

D'une part la dyspareunie, fréquente, et les métrorragies parfois associées, diminuent le nombre de coïts, ce qui peut constituer une cause de stérilité.

D'autre part, la dysménorrhée, symptôme principal de cette maladie crée chez ces femmes une crainte de la période menstruelle et plus encore, qu'elle soit consciente ou inconsciente, la crainte d'une éventuelle grossesse. Or, il a été démontré qu'il pouvait exister dans ce cas des spasmes utérins ou tubaires qui peuvent constituer un obstacle à la fécondation.

On peut donc penser que le facteur neuropsychique, constitué par un terrain particulier, dont l'instabilité de base est souvent aggravée par la dysménorrhée et les éventuelles interventions dont ces femmes ont fait l'objet, doit être pris en considération dans l'explication de leur stérilité.

Nous avons étudié séparément les facteurs endocrinien et nerveux, mais nous avons déjà dit combien une telle division était artificielle. En effet, le terrain neuropsychique particulier, qui semble exister chez ces malades, est susceptible d'agir sur la tonicité utérine et tubaire, soit directement, par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, soit par l'intermédiaire d'une perturbation endocrinienne après un relai hypothalamohypophysaire.

On peut même concevoir l'intervention de ce dysfonctionnement neuro-endocrinien, non plus seulement dans la stérilité, mais également dans l'étiopathogénie de l'endométriose elle-même quel que soit d'ailleurs le mécanisme par lequel on explique la formation des lésions. En effet, les partisans de la métaplasie pensent qu'elle est induite par une perturbation hormonale, qui peut être soit primitive, soit secondaire à un dérèglement hypothalamohypophysaire. Et, si on admet la théorie de SAMPSON de la menstruation rétrograde, on peut penser qu'elle est souvent en relation avec une modification de la tonicité utérine ou tubaire, dont l'origine, nous l'avons vu, est neuroendocrinienne.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, comment peut-on concevoir le mécanisme de la stérilité dans l'endométriose ?

Nous n'avons pu mettre en évidence LA cause directe de la stérilité. En effet :

1° - Les modifications anatomiques jouent certes un rôle très important, ne serait-ce que dans la mesure où la chirurgie conservatrice amène une grossesse dans environ 30 % des cas. Mais il n'existe aucune corrélation entre l'étendue ou la localisation des lésions et la stérilité : de deux malades ayant des lésions parfaitement superposables l'une pourra être stérile, l'autre féconde; de même, une femme ne présentant qu'un foyer d'un ovaire ou d'un ligament utéro-sacré pourra être stérile, alors qu'on aura parfois la surprise de découvrir des lésions étendues au cours, par exemple, d'une césarienne.

Les adhérences et les troubles de la statique pelvienne, en particulier la rétroversion utérine, semblent constituer le phénomène le plus important et le plus accessible à la chirurgie ; SCOTT et TE LINDE ont pu dire : " il n'y a pas de partie plus importante dans le traitement conservateur qu'une suspension correcte de l'utérus. D'ailleurs, le traitement hormonal dit de la "pseudo-grossesse" serait, pour certains, capable d'agir sur ces adhérences.

Enfin, il faut tenir compte des lésions associées si fréquentes, dont la part est certainement importante.

2° - Le facteur endocrinien joue sans doute également un rôle important, mais jusqu'à présent nous savons peu de choses de l'état hormonal de ces femmes, et de la perturbation qui préside à l'installation de la maladie. Cependant, la fréquence de l'hyperoestrogénie a été notée par de nombreux auteurs; elle semble capable de rendre la muqueuse utérine inapte à recevoir l'oeuf fécondé.

Malheureusement, cette hyperoestrogénie n'est pas constante.

3° - Enfin, le facteur neuropsychique joue un rôle qui est mal connu mais n'est peut être pas négligeable.

Nous avons mis en évidence, à défaut de la cause directe de la stérilité " qui serait liée à la perturbation physiologique (ou peut-être psychophysiologique) qui crée la maladie elle-même " (SCOTT et TE LINDE) et qui reste à découvrir, un certain nombre de facteurs, dont l'intervention contribue à abaisser ce que MEAKER appelait : " l'index de fertilité du couple ". Il suffit parfois que l'un de ces facteurs se modifie, soit spontanément, sous l'influence de ce que M. le Professeur MAYER appelle des " vagues d'activité " de l'endométrieose, soit sous l'effet de la thérapeutique, pour que cède une stérilité de plusieurs années; cette modification peut également expliquer l'installation d'une stérilité secondaire.

D'où l'importance, chez une femme atteinte d'endométrieose, comme d'ailleurs chez toute femme stérile, de pratiquer un bilan très complet et de traiter, autant que faire se peut tous les facteurs, afin de lui permettre une grossesse qui, dans ce cas particulier, lui apportera une amélioration très importante, voire une guérison, de sa maladie.

CONCLUSIONS GENERALES

=====

1) - L'étude de 34 cas d'endométriose pelvienne suivis à la Consultation de Gynécologie de la Maternité de l'Hôpital Saint Antoine a été l'occasion de présenter quelques considérations sur cette affection très particulière.

Notre étude s'étend sur une période de neuf ans, allant de 1953 à 1962, intéressante en raison des récentes acquisitions qui ont transformé le diagnostic et la thérapeutique de l'endométriose. Comme nous l'avons dit au début, depuis quelques années, l'attitude essentiellement chirurgicale a tendance à faire place à une attitude plus médicale vis à vis de cette affection.

L'endométriose présente en outre l'intérêt d'être une maladie dont la fréquence augmente et ce phénomène n'est pas seulement en rapport avec une meilleure connaissance de cette affection et l'acquisition de nouveaux moyens d'investigation ; il existe, sans aucun doute, une augmentation de la fréquence propre de la maladie, que certains auteurs attribuent à des facteurs sociaux et psychologiques en relation avec la vie moderne qui conduisent les femmes à différer le mariage et la première maternité.

2) - L'endométriose est une affection dont le diagnostic est difficile, d'abord en raison des multiples circonstances qui amènent les patientes à consulter, parmi lesquelles les douleurs pelviennes sont les plus fréquentes ; ces douleurs sont de tous les types, mais la dysménorrhée est le symptôme le plus souvent rencontré ; cependant, dans de nombreux cas, ce n'est que par un interrogatoire très complet que l'on pourra en découvrir les caractères de dysménorrhée acquise, progressive, intense et rebelle qui amèneront à évoquer

le diagnostic. Mais il n'est pas exceptionnel que ces malades ne présentent pas de dysménorrhée et viennent consulter pour une stérilité, ou des hémorragies en relation avec une lésion associée, et dans ce cas rien ne permettra d'évoquer le diagnostic.

3) - L'examen clinique n'est que de peu de secours, car si parfois ses constatations seront très évocatrices, bien souvent il sera négatif ou ne révélera que des lésions associées.

C'est pourquoi les examens complémentaires sont d'une importance capitale. L'hystéroggraphie et la coelioscopie sont devenues indispensables au diagnostic. Chacun de ces deux moyens d'investigation a ses limites, mais associés ils permettent, dans la majorité des cas, d'éviter à la malade une laparotomie exploratrice.

Cependant, c'est encore bien souvent au cours d'une intervention gynécologique quelconque que le diagnostic est posé, soit par l'opérateur sur l'aspect macroscopique, soit par l'histologiste, lors de l'examen de la pièce opératoire.

4) - L'existence d'une stérilité primaire ou secondaire chez la moitié environ de nos malades nous a conduit à tenter de comprendre le mécanisme de la stérilité dans l'endométriose. Après avoir posé la question de la relation de cause à effet entre stérilité et endométriose, nous avons passé en revue un certain nombre de facteurs anatomiques, endocriniens et neuropsychiques qui, sans constituer la cause directe de la stérilité de ces femmes, n'en contribuent pas moins à abaisser leur fécondité.

5) - Si le diagnostic de l'endométriose est difficile, le traitement ne l'est pas moins. Il y a une quinzaine d'années, il n'existait que le traitement chirurgical; il est encore fréquemment utilisé : sur nos 34 malades, 14 furent opérées; cinq, dont quatre avaient plus de quarante ans, subirent une cure radicale; les neuf autres ont fait l'objet d'interventions conservatrices avec des résultats

satisfaisants sur les douleurs, sauf la dyspareunie, beaucoup plus décevants sur la stérilité.

6) - Actuellement, la tendance est au traitement médical. Jusqu'à ces dernières années, le traitement par les androgènes était celui qui donnait les meilleurs résultats. Mais les malades devaient être traitées longtemps, ce qui entraînait l'apparition d'effets secondaires de virilisation .

Depuis 1958, une thérapeutique nouvelle, introduite aux U.S.A. par KISTNER, fait l'objet d'importantes recherches : c'est le traitement dit de la " pseudo-grossesse " ou de " l'anovulation provoquée", qui fait intervenir les dérivés norprogestatifs associés aux oestrogènes. Les essais faits aux U.S.A. avec l'ENOVID (19-Norethinodrel associé à 1,5 % d'ethinyl 3-méthyl oestradiol) semblent donner des résultats encourageants, mais ce traitement est encore, en France du moins, au stade expérimental.

Vu, le Président de Thèse,
Professeur J. VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

=====

- ALVES DE LIMA, Octaviano F: Adénomyose et Endométriose pelvienne.
Annales brésiliennes de Gynécologie 28, Septembre 1949, p.205
- BINET.A, DELACOTE.J et GUNTZ.A: L'endométriose pelvienne latente.
Revue médicale de Nancy 81 (I), 1955, p.311.
- BROCQ.P et VARANGOT.J: Les Endométrïomes, 42ème Congrès de l'Association Française de Chirurgie. Presse Médicale, 27.X.1945, p.581.
- BROCQ.P: La place de l'endométriose en Gynécologie. Actualités Gynécologiques 2ème série p.357, L'expansion, Editeur.
- CAVANAGH.W.V: Fertility in the etiology of endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 61,3, march 1951 p539
- COUNSELLER.V.S: A clinical and surgical review of endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 62, 4, October 1951 p.930.
- DE GENNES.L: Maladies des glandes endocrines: Les syndromes hyperfolliculiniques. Editions Médicales Flammarion.
- GRUNBERGER.V und KOFLER.E: Über Beziehungen zwischen Myom, glandulärzystischer Hyperplasie und Endometriose. Zentralblatt für Gynäkologie 77 (2) 1955 p.1552.
- HERVET.E: Une hystéroggraphie caractéristique d'endométriose utérine. Bulletin des Sociétés de Gynécologie-Obstétrique 3.XI. 1947, p.385.
- HAYDON.G.B: A study of 569 cases of endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 43, April 1942, p.704.
- HOUEL.J.E: L'endométriose. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Tome I, Gynécologie mise à jour 1961 .

- HUFFMAN.J.W: External endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 62, 6, December 1951, p.1243.
- JAVERT.C.T: Observations on the pathology and spread of endometriosis based on the theory of benign metastasis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 62, September 1951,p.477.
- KING.E.S: The origin of endometriosis of the ovary. Surgery Gynecology and Obstetrics 1931, 53, p.22.
- KISTNER.R.W: Endometriosis and Infertility. Clinical Obstetrics and Gynecology, September 1959, p.877.
- LEVEILLE.E: L'hystérogaphie dans la dysménorrhée. Mémoire pour le titre d'Assistant étranger. Paris 1961.
- McGOOGAN.L.S: Sterility and Endometriosis. Archives of Surgery 59, 3, 1949 p.437.
- MAZER.C and ISRAEL.L.S: Menstrual disorders and sterility.
- MEIGS Joe V: An interest in endometriosis and its consequences. American Journal of Obstetrics and Gynecology 79, April 1960.p.625.
- MORRIS T.A. and STURGIS.S.H: Practical aspects of psychosomatic sterility. Clinical Obstetrics and Gynecology September 1959.
- MOCQUOT.P. et MUSSET.R: Remarques sur la physiologie pathologique des endométrioses à propos de trois observations d'endométrioses du cul de sac postérieur du vagin. Gynécologie et Obstétrique 48,2,1949. p.135.
- NETTER Albert: Gynécologie: l'endométriase. Editions Médicales Flammarion.
- NOVAK.E.R and HODGE.A.F: Endometriosis of the lower genital tract. Obstetrics and Gynecology 12,6, December 1958.p.687.
- PALMER.R: La stérilité involontaire.
- PHILIPP.E: Endometriose der Tube und Salpingiose als Ursache von interstitielle Schwangerschaft und Sterilität. Zeitschrift

- für Geburtshilfe und Gynäkologie 156, März 1961 p.114.
- PORTES.L et VARANGOT.J: Endométriose et gestation. Gynécologie et Obstétrique 40,4,1939, p.298.
- RANNEY Brooks: Etiology of endometriosis. Surgery Gynecology and Obstetrics (Abstracts) 86, April 1948, p.313.
- RIVA.H.L, WILSON.J.H and KAWASAKI : Effects of Norethynodrel on Endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 82,1,July 1961, p.109.
- SCOTT Roger B: Endometriosis and Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 47, 1944, p.609.
- SCOTT.R.B and TE LINDE.R.W: External Endometriosis: the scourge of the private patients. Annals of Surgery,131, May 1950, p.697.
- TE LINDE R.W: Endometriosis. Clinical Obstetrics and Gynecology, September 1961, p.788.
- TE LINDE.R.W and SCOTT.R.B: Experimental Endometriosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 60,5,November 1950, p.1147.
- TURUNEN.A: Endometriosis externa und Sterilität. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 18,2,1938, p.237.
- VARANGOT.J et GRANJON.A: Stérilité et endométriose. La Revue du Praticien, Février 1954.
- VIARS Sylvie: Remarques sur la pathogénie des endométrioses. Thèse Paris 1955.
- WALLET.M: L'hyperfolliculinie. Masson. Editeur.1946.
- WILLIAMS Georges A: Endométriosis of the cervix uteri. A common disease. American Journal of Obstetrics and Gynecology 80,4,October 1960,p.734.
- WITHERSPOON :The estrogenic principle, the common etiological factor of Endometrial Hyperplasia, uterine Fibroids and Endometriomas.Surgery Gynecology and Obstetrics,61,1935,p743.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90